

GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA

MEMORIA DE SOSTENIBILIDAD 2018

1. Presentación.		
1.1. Declaración del máximo responsable.	1	
1.2. Principales hitos institucionales 2017.	2	
2. El perfil de la organización.		
2.1. Quienes somos .	10	
2.2. Naturaleza y forma jurídica .	15	
2.3. Oferta de servicios .	16	
2.4. Entorno sociodemográfico.	19	
2.5. Análisis socio-económico provincial.	27	
2.6. La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria en cifras.	33	
2.7. Alianzas y Acuerdos.	38	
3. Estrategia y análisis.		
3.1. Líneas estratégicas de actuación.	39	
3.2. Principales impactos, riesgos y oportunidades.	42	
4. Ética e integridad.		
4.1. Valores, principios y normas de conducta.	47	
5. Gobernanza.		
5.1. Estructura de gobierno de la organización.	49	
5.2. Otros órganos de participación y representación.	56	
6. Participación de los grupos de interés.		
6.1. Lista de grupos de interés.	57	
6.2. Enfoque para la participación de los grupos de interés.	58	
7. Sostenibilidad económica.		
7.1. Información sobre el enfoque de gestión.	61	
7.2. Indicadores de sostenibilidad.	67	
8. Dimensión medioambiental.		
8.1. Información sobre el enfoque de gestión.	83	
8.2. Indicadores del desempeño medioambiental.	85	
9. Dimensión social.		
9.1. Información sobre el enfoque de gestión	97	
9.2. Indicadores del desempeño social.	100	
10. Parámetros de la memoria.		
10.1. Cobertura de la memoria.	129	
10.2. Fecha de la memoria anterior más reciente.	130	
10.3. Periodo cubierto por la información de la memoria.	131	
10.4. Concordancia de esta memoria con el Pacto Mundial de la ONU.	132	
10.5. Cambios más significativos respecto a periodos anteriores.	133	
11. BIBLIOGRAFÍA.		138
12. GLOSARIO DE TÉRMINOS.		139
13. AGRADECIMIENTOS.		140

Esta Memoria de Sostenibilidad elaborada en abril de 2018 ha sido aprobada por la Comisión de Dirección de la Gerencia de Asistencia de Soria en reunión de fecha de 10 de mayo de 2018.

1. Presentación

1.1. Declaración del máximo responsable.



Enrique Delgado Ruiz

Gerente de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.

Una organización asistencial pública como la nuestra, la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (en adelante GASSO), integrada en la red del Servicio de Salud de Castilla y León, Sacyl, y, por tanto, en el Sistema Nacional Español de Salud, aporta, sin duda, valor a la sociedad a la que sirve y, muy probablemente a cada uno de los individuos que forman parte de ella. Valor en forma de salud y calidad de vida, que es reconocido y apreciado socialmente y que se traduce en el esfuerzo que hacen los contribuyentes y la propia comunidad para su financiación y sostenimiento.

Pero no solamente aporta servicios sanitarios, y se supone que salud y bienestar individual, sino que también es una gran organización, la primera empresa de la provincia de Soria, y su impacto en toda la actividad social y económica del área en que desarrolla su labor es muy considerable y afecta a todos sus grupos de interés, desde sus propios profesionales a sus proveedores y, como no, a la propia sociedad, considerando que ocupa a una buena parte de la población de Soria a la que presta servicio.

Debemos considerar, además, el impacto que su propia actividad provoca. Impacto medioambiental, demográfico, económico y social que modifica, positiva o negativamente el entorno y que siempre es susceptible de mejora continua en busca de una excelencia que debe compaginar resultados en salud, calidad asistencial y eficiencia con una necesaria sostenibilidad que permita a la organización seguir aportando valor a la sociedad en las generaciones futuras.

La sostenibilidad exige que la gerencia cubra y atienda las necesidades asistenciales de su población y que la sociedad pueda, y quiera, seguir financiando dicha cobertura, pero, además, exige que estas dos premisas puedan mantenerse en el tiempo. No seremos sostenibles si no prestamos la asistencia que en cada momento necesitan nuestros ciudadanos, pero tampoco si su financiación no es soportable o si los costes sociales o medioambientales son inasumibles para una sociedad desarrollada.

La sostenibilidad y solvencia de las organizaciones sanitarias son elementos de alta complejidad, considerando los múltiples e inesperados escenarios que nos podemos encontrar en el futuro, desde cambios demográficos o sociales en la comunidad, nuevos escenarios productivos o nuevas necesidades asistenciales que aparecen, hasta el impacto de las nuevas tecnologías que por su elevado coste pueden comprometer la sostenibilidad del sistema.

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria tiene perfectamente definidas la misión y visión de su actividad así como los valores y principios éticos que la inspiran. Su estrategia a medio y largo plazo se desarrolla a través de estrategias transversales de *Integración Asistencial, Gestión por Procesos, Mejora Continua, Descentralización de la Gestión, Generación y Transmisión de Conocimiento y Sostenibilidad y Solvencia*. Estas estrategias se traducen en Planes Estratégicos quinquenales que la permiten definir, desarrollar y alcanzar sus objetivos.

Esta Memoria de Sostenibilidad, ya la tercera que elaboramos en la Gerencia, responde a estas estrategias. Define el entorno en el que presta sus servicios la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria en este momento y los diversos escenarios en los que previsiblemente podría prestarlos a medio y largo plazo, evalúa el desarrollo de los objetivos y metas que sobre nuestra sostenibilidad y solvencia propone nuestro III Plan Estratégico 2015-2020 y establece un marco de orientación estratégica para futuros escenarios de planificación más allá de 2020. La continuidad en su metodología de elaboración y su revisión periódica hacen que esta memoria constituya una herramienta imprescindible y precisa para conseguir que nuestra aspiración de búsqueda de la excelencia pueda mantenerse en el tiempo y podamos seguir sirviendo con la mayor calidad posible las necesidades asistenciales de nuestros ciudadanos.

1. Presentación

1.2. Principales hitos institucionales 2017.

PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS A LA GASSO EN 2017

PREMIO SANITARIA 2000 en la Edición de 2017 al EAP de El Burgo de Osma.



Otros nominados al PREMIO SANITARIA 2000 en la Edición de 2017:

- La Unidad de Gestión Clínica de Enfermería del Bloque Quirúrgico y Esterilización, en la categoría Acción Enfermera.
- La doctora María Luisa Serrano Madrid, en la categoría Acción en Responsabilidad Social Sociosanitaria.
- El doctor José Vicente Peñuelas Calvo, en la categoría Sociedad Científica.



PREMIO BUENAS PRÁCTICAS 2017 EN GESTIÓN SANITARIA DEL CLUB DE LA EXCELENCIA EN GESTIÓN.



PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN CIENTIFICA DE LA CATEGORIA: Trabajos de Atención Farmacéutica promovidos desde la Farmacia Hospitalaria y la Atención Primaria, en el X Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. César Ignacio Fernández Lázaro, Diego Fernández Lázaro, Jon Gastelu-Iturri Bilbao, Ana Fernández Araque, Juan Manuel García González, David Adams, Javier Iglesias Gómez, José Antonio Mirón Canelou.



PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN ORAL, en el IX encuentro de investigación en enfermería, a la comunicación: "Hospital de día polivalente adscrito a urgencias, un reto para enfermería". Clara María Torres, autora principal, coautores Tamara Niarra Martínez, Diana Borobio Martínez, Cristina Merino Gómez, María del Carmen Cuenca Ramos y Pedro Luis Escribano San Quirico.



1. Presentación

1.2. Principales hitos institucionales 2017.

PREMIOS DE INVESTIGACION GASSO 2017

Premio Reconocimiento a la Innovación a Gema Martín Gañán, Mónica Moreno Rodríguez, Julia Getino Ferreira, Juan Sabino Serrano Hernández, David González Trujillo, María Jesús Asensio González y Jesús Lafuente Castroviejo (E.A.P. San Esteban de Gormaz), por el trabajo *“Plan de mejora: formación como base del trabajo en Equipo.”*

Premio al Mejor Proyecto de Investigación.- Desierto.

Premio a la Mejor Publicación Científica a Héctor Miguel Alcalde y Jorge Bollici Martínez (Servicio de Anestesia y Reanimación) por el libro *“Manual de anestesia para residentes”*.

Premio a la Mejor Comunicación Científica. Sergio Soto Soria (enfermero de área) por *Análisis de la incidencia de alteraciones de salud mental en personas refugiadas en España.*

Accésits:

- Pedro Luis Escribano San Quirico, Clara María Torres Ortega, Cristina Merino Gómez, Tamara Niarra Martínez, María del Carmen Cuenca Ramos y Diana Borobio Martínez (enfermera/os del Servicio de Urgencias) por el estudio *“Catéter central de inserción periférica (PICC), alternativa para el hospital de día de Urgencias”*

- Carlos Aguilar Franco (Jefe de Sección de Hematología) por *“Dos casos de linfoma de célula del manto tratados con esquema VRCAP-VRDHP. PB-097”*.



PREMIOS INSTITUCIONALES GASSO 2017

Premio Valores Humanos ‘Mario Sanz’.

Fernando Madrid de Miguel, celador del Hospital de Santa Bárbara, por su abnegada dedicación, profesionalidad demostrada y, sobre todo, por su excelente compañerismo.

Premio Servicio Amigo.

Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Universitario de Burgos, por la buena comunicación, la gestión de casos, la puesta en marcha de la videoconferencia y ser un miembro más de la Unidad de Patología Mamaria.

Premio Reconocimiento a Proveedores y Aliados

Grupo Gasmedi, por el excelente servicio prestado de terapias respiratorias domiciliarias a pacientes del Área de Salud de Soria

Boletín Informativo
año XV nº 85 diciembre 2017
GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA Sacyl

LA GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA RECONOCE LA LABOR DE SUS PROFESIONALES

- Elena Tieso Mata Licenciada Especialista Neumología, Tesis Doctoral.
- La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria desarrolla la Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos e hospicio un nuevo TAC.
- Los Cuidados Paliativos están de moda.
- El Soriano Ignacio Sanz Lizaso, primer clasificado en el IX Campeonato Oficial de España de Ciclismo para Médicos.
- Haz como nuestros deportistas, comparte tu vida. Dona Sangre.
- Con el fin de mejorar la atención de los pacientes céticos al final de su vida.
- Se ha jubilado David Calvo Gómez.
- AECC en marcha.
- Personal.
- La Gerencia de Asistencia Sanitaria reconoce a sus profesionales.
- En Persona. Elena Ravello Belarain, Inspector de Policía y Daniego Martín Río, Comandante de la Guardia Civil.
- IV Encuentro Regional de Prevención de Riesgos Laborales.
- Congreso: SI - HEALTH Insights; Comunicación Científica Premiada en el Congreso Nacional de Abstracción Farmacéutica; Presencia Soriana en el 3º Congreso Nacional de la SEMERGEN de Granada; Jornada de la semana Europea de la calidad; Pacto Mundial Red Española. V Foro Excelencia en Sanidad; 6º Reunión sobre Continuidad Asistencial en el Paciente Hospital y Transcurrido; Jornada Trasplante Renal 2000 de Castilla y León, Proceso Enfermedad Renal Crónica.
- Misika Sana & Corchaos de Sutura.
- Convenio de Colaboración entre la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria y la Universidad de Valladolid, a través del Campus Duques de Soria, para la Promoción de la Investigación y la Creación de Unidad Mixta de Investigación, Desarrollo e Innovación en el Ambiente de la Salud.
- Receta Restaurant "La Lobla".
- Campaña de Recogida de Cuentos.
- Visita de los Reyes Magos el día 6 de Enero.
- El Club Deportivo Numancia visita el Hospital Sta. Bárbara.

1. Presentación

1.2. Principales hitos institucionales 2017.

CALIDAD

ACREDITACIONES ISO.

En 2017 se han reacreditado los siguientes servicios:

- Laboratorio de Bioquímica
- Transfusión de Hematología
- Coordinación de Trasplantes.



La GASSO se ha unido como firmante a los 10 Principios del Global Compact de Naciones Unidas.



ACTIVIDADES SOCIALES DE LA GASSO EN EL AÑO 2017

Conciertos musicales en el Hospital Santa Bárbara bajo el título “**Música sana & Corcheas de sutura**”. Se llevaron a cabo conciertos en la Unidad de Diálisis y en diferentes áreas de hospitalización.



Visita del Club Deportivo Numancia a los niños ingresados a los que obsequia con distintos regalos. Tradicional visita anual de cuerpo técnico, capitanes, futbolistas y personal de la directiva.



Homenaje al primer nacido del año. Hubo que esperar hasta el día 3 de enero de 2017 para que tuviera lugar el primer nacimiento en la provincia de Soria. Fue un varón al que le pusieron el nombre de Enzo.



También los **Reyes Magos de Oriente** visitaron a todos los ingresados y profesionales de ambos hospitales -y como novedad este año a los pacientes, acompañantes y profesionales de La Milagrosa-, con especial atención, claro está, a los niños de Pediatría. Les obsequiaron con diversos presentes, al igual que a los hijos y nietos de profesionales.



Actividades extralaborales

En el año 2017 ha tenido lugar una nueva liga y torneo de copa de frontenis que se extienden desde octubre hasta junio y en la que han participado 15 parejas. También se va consolidado la participación del equipo del Hospital en la liga de fútbol sala de organismos oficiales. Y por otra parte, profesionales de la Gerencia han colaborado y participado en la marcha de la Asociación Española contra el Cáncer y en el torneo de golf del Colegio de Médicos.



1. Presentación

1.1. Principales hitos institucionales 2017.

ACTOS ACADÉMICOS Y DE ACOGIDA DE LA GASSO EN EL AÑO 2017

Acto de bienvenida a los alumnos del prácticum del Grado de Enfermería



Acto de bienvenida de Fisioterapia



Acto Académico IV Promoción de Grado de Enfermería 2013 - 2017



Acto de bienvenida de MIR-EIR



Acto Académico IV Promoción de Grado de Fisioterapia 2013 - 2017



1. Presentación

1.2. Principales hitos institucionales 2017.

OTRAS ACTIVIDADES DE LA GASSO EN EL AÑO 2017

Presentación libro **Manual de Urgencias en Oftalmología**



Jornada “Otros modelos de gestión. Más allá del modelo EFQM”



Estrategia de abordaje de los nuevos tratamientos de la hepatitis C. Resultados y retos



Organización del Foro SEDISA – SACYL de actualización en gestión sanitaria para directivos



Organización del IV Encuentro regional en prevención de riesgos laborales en SACYL en Soria



1. Presentación

1.2. Principales hitos institucionales 2017.

PRESENCIA Y PARTICIPACION DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE LA GASSO EN CONGRESOS Y JORNADAS 2017 (I)

VI Congreso de la Sociedad Española de Heridas



XX Congreso Nacional de Hospitales y Gestión Sanitaria



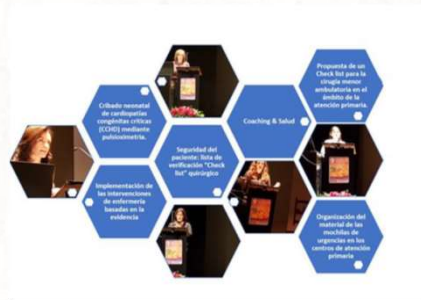
Jornada "Una mirada integral: la mujer en la fisioterapia"



XXIX Congreso Nacional SEMES



IX Encuentro de investigación en enfermería. En asociación con el Foro MetisEnfermería de Castilla y León



VI Jornada Gacela Care



XIX Congreso de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria.



Jornada Paciente Activo Castilla y León



XVII Encuentro Global de Neumología



Nuevas soluciones para nuevos retos. XIV Jornadas técnicas de AIISCYL.



1. Presentación

1.2. Principales hitos institucionales 2017.

PRESENCIA Y PARTICIPACION DE LAS Y LOS PROFESIONALES DE LA GASSO EN CONGRESOS Y JORNADAS 2017 (2)

IV Congreso internacional de la SEFID



XCIII Congreso de la Sociedad Española de Oftalmología



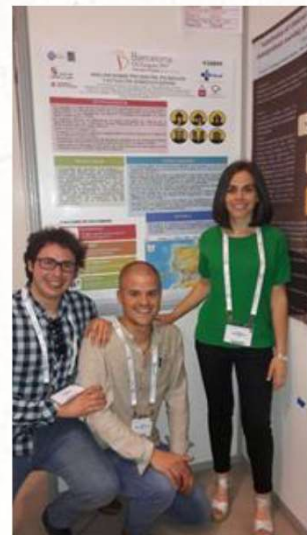
Jornada de Calidad de Castilla y León



Jornada trasplante renal 2000 de Castilla y León. Proceso enfermedad renal crónica



Congreso del Consejo Internacional de Enfermería



XXXIX Congreso SEMERGEN



IV Encuentro regional en prevención de riesgos laborales en SACYL



Encuentro de pacientes diagnosticadas de cáncer de Castilla y León



VI Reunión sobre continuidad asistencial en el paciente hepático y trasplantado



2. El perfil de la organización

2.1. Quienes somos

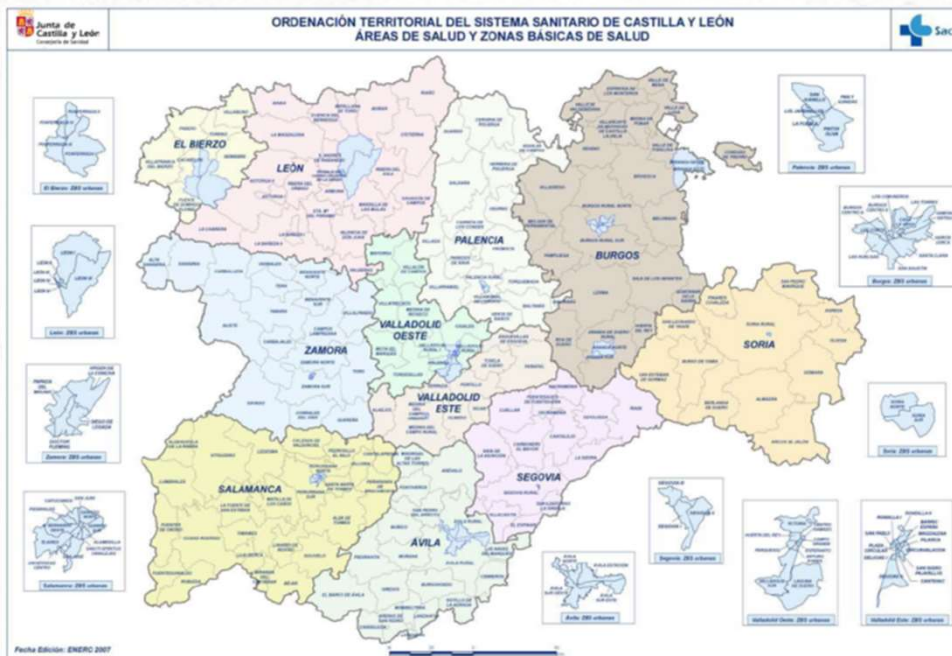
La **Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria** es una organización a la que se adscribe todo el dispositivo sanitario del Área de Salud de Soria, en sus dos niveles asistenciales: Atención Primaria y Especializada. No existen recursos hospitalarios privados y los de provincias limítrofes distan más de 100 km de la capital. Inició su andadura como gerencia integrada en el mes de noviembre de 2011, si bien su reconocimiento normativo se produjo con el Decreto 42/2016, de 10 de noviembre, el cual en su Disposición Adicional Primera establece que *se crea la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, en el Área de Salud de Soria*.

En el artículo 15 de la citada norma se define a las Gerencias de Asistencia Sanitaria como *la institución sanitaria que, en el ámbito del Área de Salud, asume de forma integrada la gestión de los recursos, prestaciones, planes y programas de atención sanitaria en los niveles de atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria y de protección de la salud*.

Forma parte del **Sistema Público de Salud de Castilla y León**, que comprende el conjunto de actuaciones y recursos públicos de la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma y de las Corporaciones Locales, cuya finalidad es 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 (Ley 8/2010, de 30 de agosto de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León).

Dentro del Título III de la citada Ley se establecen las **prestaciones sanitarias**, disponiendo que la Consejería competente en materia de sanidad, a través del Sistema Público de Salud de Castilla y León, garantizará a los ciudadanos las prestaciones de atención sanitaria aprobadas y vigentes en cada momento, constituidas por los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos, entre las que se incluyen las prestaciones de atención primaria, especializada y de urgencia.

Por lo que respecta a la **ordenación territorial**, la reiterada Ley 8/2010 establece que el Sistema Público de Salud de Castilla y León se organiza territorialmente en Áreas de Salud, Zonas Básicas de Salud, Demarcaciones Sanitarias y en aquellas otras divisiones territoriales que pudieran crearse. El conjunto de estas organizaciones territoriales se denomina mapa sanitario de Castilla y León, que es el instrumento esencial para la ordenación, planificación y gestión del Sistema Público de Salud de la Comunidad, y que deberá adecuarse, respecto al ámbito rural, al mapa de unidades básicas de ordenación y servicios del territorio rurales previstas en la normativa de ordenación del territorio.



Fuente: Guía interactiva de ordenación sanitaria de Castilla y León.

2. El perfil de la organización

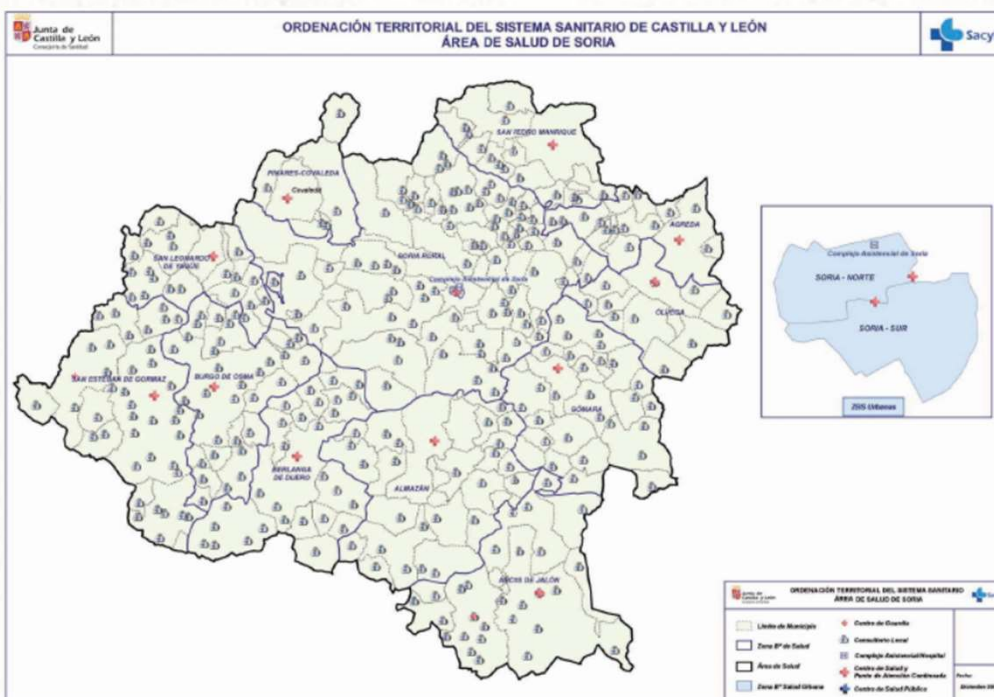
2.1. Quienes somos

El **Área de Salud** constituye el marco fundamental para el desarrollo de las prestaciones, los programas asistenciales, los programas de promoción y protección de la salud y los de prevención de la enfermedad, y en tal condición deberá asegurarse la organización y ejecución de las distintas disposiciones y medidas que adopte la Administración sanitaria de la Comunidad. Será, además, la principal estructura de referencia para la organización de las actuaciones sanitarias, su organización asegurará la continuidad de la atención sanitaria en todos los niveles asistenciales y facilitará la coordinación de todos los recursos que le correspondan, a fin de configurar un sistema sanitario coordinado e integral. Cada Área de Salud contará, al menos, con un hospital o complejo asistencial que ofrecerá los servicios hospitalarios adecuados a las necesidades de la población. Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de la atención primaria, las Áreas de Salud se dividen en Zonas Básicas de Salud.

La **Zona Básica de Salud** es el marco territorial y poblacional donde se desarrollan las actividades sanitarias de la Atención Primaria y contará con un Centro de Salud, como estructura física y funcional, que dará soporte a las actividades comunes de los profesionales del equipo de Atención Primaria y, en su caso, a los Equipos de Salud Pública.



La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria cumple, pues, con el mandato encomendado por la Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla y León de **prestación de servicios sanitarios** en sus distintas modalidades y en todos los núcleos de población ya sea en el medio urbano o rural. A la misma se adscribe, en el ámbito de Especializada, el Complejo Asistencial de Soria formado por dos hospitales: Santa Bárbara y Virgen del Mirón, localizados ambos en la ciudad de Soria, con 325 camas instaladas. Y en el ámbito de Primaria, 14 zonas básicas con sus correspondientes centros de salud que, salvo la capital, se corresponden con los municipios cabeceras de comarca donde se concentran la gran mayoría de los servicios públicos existentes en el medio rural. En concreto, los centros de salud existentes en el Área de Salud de Soria son los siguientes: Agreda, Almazán, Arcos de Jalón, Berlanga de Duero, Burgo de Osma, Covaleda, Gómara, Olvega, San Esteban de Gormaz, San Leonardo de Yagüe, San Pedro Manrique, Soria Rural, Soria Norte, Soria Sur. Con el fin de adaptarse a las necesidades sanitarias de la ciudad de Soria se ha creado un nuevo dispositivo de atención primaria en horario de tarde denominado Unidad Soria Tarde, que atiende a los pacientes de las zonas básicas de Soria Norte y Soria Sur que solicitan horario de tarde. Además, a lo largo de toda la provincia se distribuyen 14 puntos de atención continuada, 343 consultorios locales y 6 unidades de apoyo.



2. El perfil de la organización

2.1. Quienes somos

La sede principal de la organización se encuentra localizada en:
HOSPITAL SANTA BARBARA.
Paseo de Santa Bárbara, s/n
42005 SORIA



SORIA PROVINCIA. CENTROS DE SALUD RURALES

SORIA CAPITAL. CENTROS URBANOS Y HOSPITALES

2. El perfil de la organización

2.1. Quienes somos

Como institución fundamental de servicio público y para prestar la asistencia sanitaria, la GASSO cuenta con una dotación de recursos humanos conformado por **1610 trabajadoras y trabajadores** y que en periodo estival supera los **2000 efectivos**. Se trata de la mayor empresa de toda la provincia de Soria, por el número de efectivos que prestan servicios. Su volumen de ejecución presupuestaria se acerca a los **133 millones de euros** y tiene un gran valor el patrimonio que gestiona (la suma del valor catastral de los **16 edificios** que componen la Gerencia de Asistencia Sanitaria supera los **53 millones de euros** y el inventario de **equipamiento médico** asistencial disponible en todos sus centros puede llegar a los **20 millones de euros**).

Da empleo, con carácter directo o indirecto, a más del 5% de la población activa de Soria (en momentos de máxima contratación puede llegar al 6%) y su presupuesto puede representar hasta el 6% del PIB provincial, lo que hace que complementariamente a su función social preferente y prestadora de servicios sanitarios y de salud a la población, juegue un importante papel en la economía provincial y su sostenibilidad, pues genera riqueza, prosperidad y empleabilidad y contribuye a fortalecer el nivel de desarrollo y progreso, a la vez que dinamiza la innovación en la sociedad del conocimiento.

La GASSO cuenta con profesionales de diversas cualificaciones y **multiprofesional**, incluyendo facultativos médicos especialistas, odontólogos, psicólogos, diplomados y graduados en enfermería, fisioterapia y trabajo social, técnicos sanitarios superiores, administrativos, informáticos, profesionales de mantenimiento y personal de servicios.



La integración asistencial es una nueva forma de asistencia a los problemas de salud, centrado en el ciudadano, que se mantiene en la nueva Gerencia de Asistencia Sanitaria y que definimos como: **“modelo de organización sanitaria basado en atender todas las necesidades 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.”



Hospital Santa Bárbara (desde el exterior), sede principal de la organización

2. El perfil de la organización

2.1. Quienes somos

La **misión y visión** de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria están recogidas en el Plan Estratégico 2015-2020, documento básico de la planificación estratégica para el próxima quinquenio.



GERENCIA INTEGRADA DE SORIA



Sacyl



PLAN
ESTRATEGICO
2015-2020

MISION

La Gerencia de Asistencia 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 de Asistencia Sanitaria 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.

2. El perfil de la organización

2.2. Naturaleza y forma jurídica

La GASSO se encuentra adscrita a la Gerencia Regional de Salud, Ente Público Institucional de la Comunidad de Castilla y León, con carácter de organismo autónomo, adscrito a la Consejería de Sanidad, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines. El carácter de organismo público nos obliga a respetar toda la normativa aplicable en materia de contratación administrativa, recursos humanos, gestión económica, además, de intentar cumplir con los distintos objetivos de calidad, asistenciales o de contenido económico fijados en los sucesivos Planes Anuales de Gestión.

Dentro de los márgenes que se fijan con respecto al cumplimiento presupuestario o la determinación de la cartera de servicios, nuestra organización goza de una amplia potestad de autoorganización, disponiendo una absoluta discrecionalidad para la toma de decisiones clínicas (por parte de los profesionales, a través de la descentralización de la gestión), decidiendo la utilización de las distintas partidas que integran el presupuesto (aunque respetando el techo general) y llegando incluso a negociar distintos pactos con las organizaciones sindicales en materia de recursos humanos (movilidad interna, promoción interna) que pueden llegar a tener fuerza de convenio. Las limitaciones pueden venir del lado del cumplimiento del marco normativo general del ámbito sanitario y el control financiero permanente al que están sometidas este tipo de organizaciones.



2. El perfil de la organización

2.3. Oferta de servicios

Los **servicios** que ofrece el sistema sanitario en los centros de salud (**Atención Primaria**) del **Área de Salud de Soria** son:

- Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo.
- Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y envío a especialistas cuando esté indicado
- Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria:
 - ✓ Orientación sobre estilos de vida saludables.
 - ✓ Seguimiento del embarazo, preparación al parto.
 - ✓ Seguimiento del desarrollo de los niños.
 - ✓ Vacunación según calendario vacunal.
 - ✓ Revisiones bucodentales
 - ✓ Prevención de riesgo cardiovascular
 - ✓ Detección precoz de Cáncer de cuello uterino: Citología cada 3 años de 20 a 35 años y Citología y VPH cada 5 años de 35 a 65 años.
 - ✓ Detección precoz de Cáncer de mama: Mamografía cada 2 años a todas las mujeres entre 45 y 70 años.
 - ✓ Detección precoz de otros tumores en personas con riesgo.
- Detección precoz de situaciones de riesgo sociosanitario (violencia machista, desamparo, maltrato, desatención...).
- Rehabilitación básica y fisioterapia.
- Orientación y apoyo sobre los cuidados en salud. Especialmente en pacientes dependientes y sus cuidadores familiares.
- Educación a grupos de pacientes y cuidadores familiares
- Orientación sobre recursos sociales.
- Cuidados paliativos.
- Apoyo en la deshabituación tabáquica.
- Otros que por motivos de salud puedan precisar los pacientes.
- Tramitaciones administrativas relacionadas con su salud (visado de recetas, cita, trámites de tarjeta sanitaria, etc.).

La **relación de profesionales** que componen los centros de salud es:

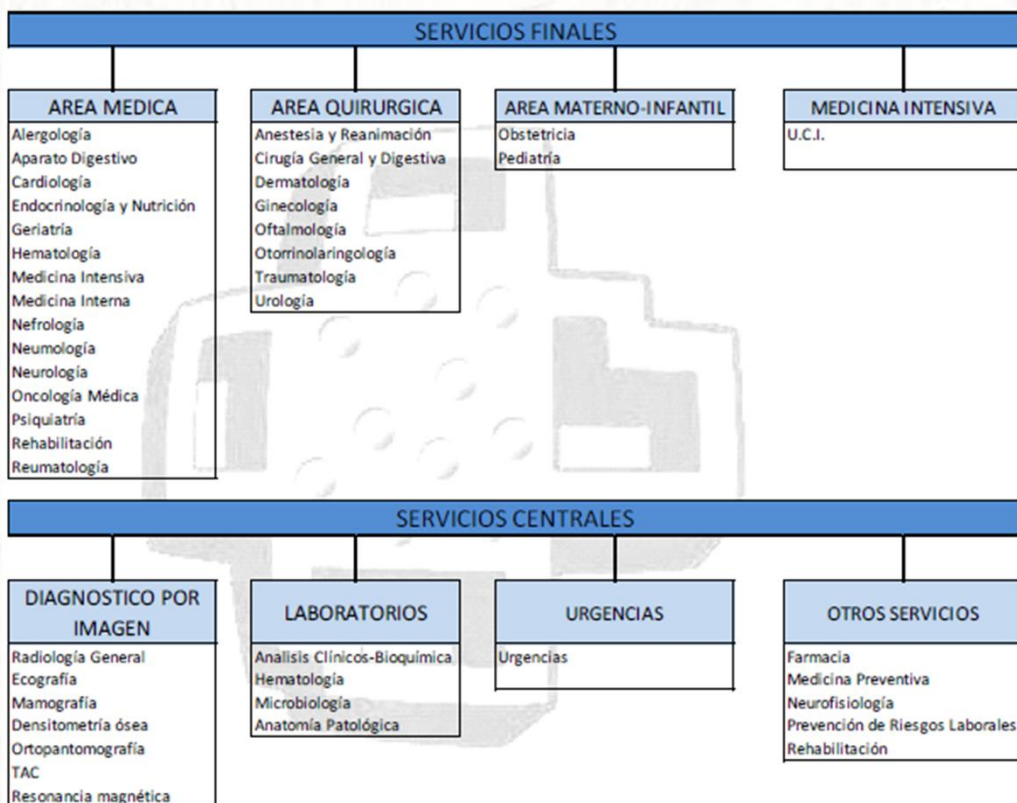
- **El médico de Familia.** Médico de referencia en todo lo que concierne a su salud.
- **La enfermera.** Para dar apoyo y orientar en los cuidados de salud que se precise.
- **El pediatra.** En los menores de 14 años.
- **La matrona.** Para el embarazo, menopausia, prevención de cánceres ginecológicos y aspectos de la salud específicos de la mujer.
- **El técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería:** se implica en el proceso de curación, prevención y promoción de salud.
- **El trabajador social:** Para apoyar y orientar en los recursos sociales.
- **El fisioterapeuta** para aplicar rehabilitación y fisioterapia.
- **El odontólogo** en la unidad de área correspondiente.
- **El personal de apoyo administrativo.** Celadores y auxiliares administrativos orientan sobre los servicios que se puede recibir y en las tramitaciones administrativas.



2. El perfil de la organización

2.3. Oferta de servicios

La cartera de servicios en **Atención Hospitalaria** en el Área de Salud de Soria aprobada recientemente con la última actualización del Plan Funcional del Complejo Asistencial de Soria del día 30 de mayo de 2016, es la que se expone a continuación:



Actualización Plan Funcional HSB Soria
Página 11 de 83



2. El perfil de la organización

2.3. Oferta de servicios

A nivel sanitario, el Complejo Asistencial de Soria dispone de una cartera de servicios similar a las de los hospitales de grupo II de SACYL como Ávila, El Bierzo, Palencia, Segovia y Zamora. Para aquellas especialidades médicas que no dispone el centro, con carácter general el hospital de referencia es el Complejo Asistencial Universitario de Burgos (a unos 150 Km. de la capital). En algunas especialidades muy concretas los pacientes de Soria pueden ser derivados al Hospital Clínico Universitario de Valladolid (a 210 km), al Complejo Asistencial de Salamanca (330 km) o al Complejo Asistencial de León (331km). A continuación se expone el mapa general de derivaciones de Atención Especializada de todos los hospitales de Castilla y León.



Hospital Universitario de Burgos, principal centro de referencia para aquellas especialidades o prestaciones no existentes en la provincia de Soria.

SERVICIO/PRESTACIÓN	Ávila	Burgos	León	Bierzo	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid Este	Valladolid Oeste	Zamora
S. General Referencia	CAU SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CA SA	HURH	CA BU	HCUVA	HURH	CA SA
Angiología y C. Vascular	CAU SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CAU SA	HCUVA	CA BU	HCUVA	HCUVA	CA LE / CAU SA ⁽¹⁾
Braquiterapia prostática	HCUVA										
Braquiterapia tumores intraoculares	HCUVA										
Cirugía Bariátrica	CAU SA	CA BU	CA LE	CA LE	HURH	CAU SA	HURH	CA BU	HURH	HURH	CAU SA
Cirugía Cardíaca	CAU SA	HCUVA	CA LE	CA LE	HCUVA	CAU SA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	CAU SA
Cirugía deformidades de columna	CA LE										
Cirugía del Parkinson	CAU SA										
Cirugía Maxilofacial	CAU SA	HURH	CA LE ⁽²⁾	CA LE ⁽²⁾	HURH	CAU SA	HURH	HURH	HURH	HURH	CAU SA
Cirugía Pediátrica	CAU SA	CA BU	CA SA	CA SA	HCUVA	CAU SA	HCUVA	CA BU	HCUVA	HCUVA	CAU SA
Cirugía Plástica y Reparadora	HURH	CA BU	CA LE	CA LE	CA BU	CAU SA	HURH	CA BU	HURH	HURH	CAU SA
Cirugía Torácica	HCUVA	HCUVA	CAU SA	CAU SA	HCUVA	CAU SA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	CAU SA
Crioterapia prostática	CA Soria										
Cuidados Intensivos Pediátricos	CAU SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CAU SA	HCUVA	CA BU	HCUVA	HCUVA	CAU SA
Hemodinámica	CAU SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CAU SA	HCUVA	CA BU	HCUVA	HCUVA	CAU SA
Hospitalización Psiquiátrica Infanto Juvenil	HCUVA										
Implante coclear	CAU SA	HURH	CAU SA	CAU SA	HURH	CAU SA	HURH	HURH	HURH	HURH	CAU SA
Litotricia	CA LE										
Medicina Nuclear	CAU SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CAU SA	HCUVA	CA BU	HCUVA	HCUVA	CAU SA
Neurocirugía	CAU SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CAU SA	HURH	CA BU	HCUVA	HURH	CAU SA
Patología Dual (discapacidad mental-enfermedad mental)	CA LE										
Patología Dual (drogodependencia-enfermedad mental)	CAU SA										
Radioterapia	CAU SA	CA BU	CA LE	CA LE	HCUVA	CAU SA	HCUVA	CA BU	HCUVA	HCUVA	CA ZA
Radioterapia IMRT prostática	CAU SA										
Reconstrucción de la superficie ocular compleja. Queratoprótesis ⁽³⁾	HCUVA										
Reimplantes, incluyendo la mano catastrófica ⁽³⁾	CA BU										
Reproducción H. Asistida ⁽⁴⁾	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HURH	HCUVA
Trasplante cardíaco	HCUVA										

SERVICIO/PRESTACIÓN	Ávila	Burgos	León	Bierzo	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid Este	Valladolid Oeste	Zamora
Trasplante de córnea	CAU SA	CA BU	CA LE	H El Bierzo	HCUVA	CAU SA	HCUVA	CA BU	HCUVA	HCUVA	CAU SA
Trasplante de médula ósea alogénico	CAU SA										
Trasplante de médula ósea alogénico emparentado	CAU SA	CAU SA	CAU SA	CAU SA	CAU SA	CAU SA	CAU SA	CAU SA	HURH	HURH	CAU SA
Trasplante de médula ósea alogénico infantil	CAU SA										
Trasplante de médula ósea autólogo	CAU SA	CAU SA	CA LE	CA LE	HURH	CAU SA	CAU SA	HURH	HURH	HURH	CAU SA
Trasplante de páncreas/páncreas-riñón	CAU SA										
Trasplante hepático	HURH										
Trasplante renal	CAU SA	CAU SA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	CAU SA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	HCUVA	CAU SA
Trasplante renal de donante vivo	CAU SA										
Trastornos conducta alimentaria (hospitalización)	CA BU										
Tumores intraoculares del adulto (melanomas uveales) ⁽³⁾	HCUVA										

CA BU = Complejo Asistencial de Burgos; CA LE = Complejo Asistencial de León; CAU SA = Complejo Asistencial Universitario de Salamanca; CA ZA = Complejo Asistencial de Zamora; HURH = Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid; HCUVA = Hospital Clínico Universitario de Valladolid. IMRT = Intensidad Modulada de Radioterapia

(1) Zona de Benavente: CA León; resto: CAU Salamanca.
 (2) CAU Salamanca, para las prestaciones no incluidas en su cartera de servicios.

(3) Servicio de Referencia del Sistema Nacional de Salud (SNS).

(4) Técnicas de fecundación in Vitro (FIV), inyección intracitoplásmica de espermatozoides (ICSI) y otras no disponibles en los centros de origen o de referencia general.

2. El perfil de la organización

2.4. Entorno sociodemográfico

Según la publicación de los resultados de las cifras de población y censos demográficos del Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2017 la población residente en la provincia de Soria, ascendía a 90.016 personas, de los cuales 43,19 % viven en la capital y el resto, 56,81% 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:

Se observa un constante descenso de la población provincial, muy acentuado en las décadas de los 60 y 70, pero, sobre todo, destaca 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 unas 20.000 personas, desde los años 50. 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.

	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960
Soria Capital	7.151	7.535	7.619	10.098	13.054	16.878	19.301
% Soria Capital	4,75	4,82	5,03	6,46	8,17	10,47	13,13
Resto Provincia	143.311	148.819	143.976	146.109	146.770	144.304	127.751
% Resto Provincia	95,25	95,18	94,97	93,54	91,83	89,53	86,87
Total Provincial	150.462	156.354	151.595	156.207	159.824	161.182	147.052
% Total Provincial	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	1970	1981	1991	2001	2011	2015	2017
Soria Capital	25.030	32.039	35.540	35.151	40.286	39.168	38.881
% Soria Capital	21,77	32,43	37,76	38,75	42,58	42,68	43,19
Resto Provincia	89.926	66.764	58.590	55.566	54.324	52.612	51.135
% Resto Provincia	78,23	67,57	62,24	61,25	57,42	57,32	56,81
Total Provincial	114.956	98.803	94.130	90.717	94.610	91.780	90.016
% Total Provincial	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

El tema de la despoblación en nuestra provincia comienza a adquirir tal gravedad que, aunque de forma seguramente equivocada, ya se comienza a especular con la desaparición de la provincia, Un periódico local publicaba recientemente «en 80 años no quedará ningún soriano».

La provincia de Soria desaparecerá en febrero del año 2097

24 enero, 2018 | IzCa | Destacadas, Noticias | 0



Panorámica aérea de Soria



En 80 años no quedará ningún soriano. O al menos no quedará ningún soriano viviendo en la provincia de Soria. Y no se trata de ninguna noticia falsa, es lo que dicen las estadísticas que pasará si no se invierte la tendencia del último lustro. Esta es la historia de una provincia con fecha de caducidad.

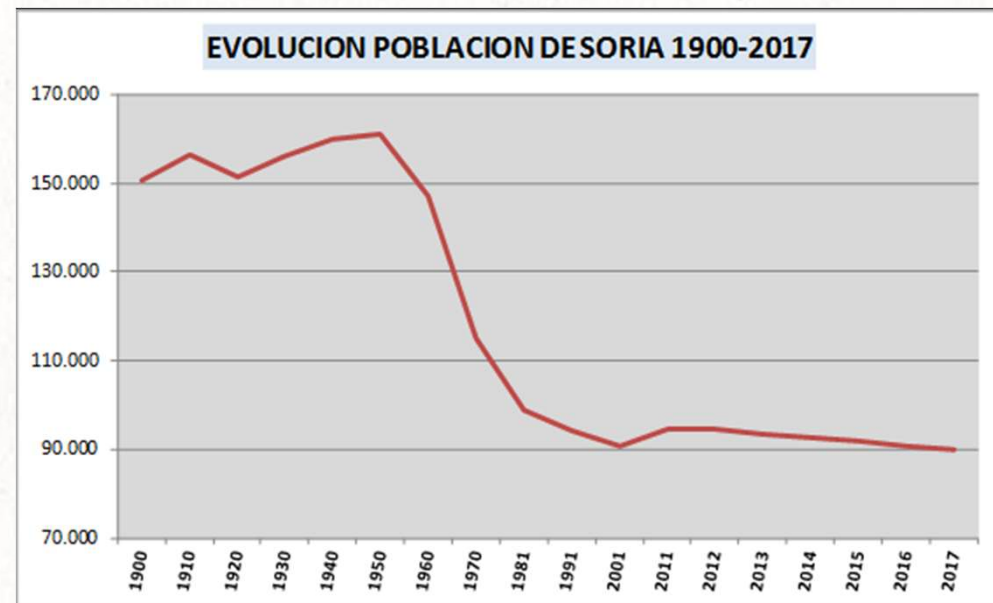
Fuente: periódico local Soria Noticias. Edición del día 24/01/2018

2. El perfil de la organización

2.4. Entorno sociodemográfico

En los últimos 25 años, la población de Soria, aun manteniéndose en una horquilla que varía, a duras penas, 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, a razón de más de 1.000 efectivos anuales.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es)

Por otra parte, Soria presenta una superficie es de 10.287 km². Es la provincia española menos poblada, con una densidad de 8,75 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 2017 es la siguiente:

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 un municipio con más de 5.000 habitantes, Almazán y la capital, Soria, con 38.881 empadronados supone más del 43% del total provincial.

Tamaño de los municipios (habitantes)

SORIA. AÑO 2017	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	116	48	8	3	6	1	0	1
Población	88.903	5.281	9.575	6.020	4.357	19.263	5.526	0	38.881

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es). Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2017. Cifras ligeramente discordantes con la población residente señalada en varios apartados de esta Memoria.

2. El perfil de la organización

2.4. Entorno sociodemográfico

DATOS A 1/1/2017		ESPAÑA	CASTILLA Y LEÓN	SORIA
Población total	Hombres	22.834.601	1.203.964	45.696
	Mujeres	23.693.426	1.231.989	44.321
	Ambos sexos	46.528.027	2.435.953	90.017
Menores de 15 años	Hombres	3.609.996	152.007	5.697
	Mujeres	3.395.185	142.848	5.424
	Ambos sexos	7.005.181	294.855	11.121
	% sobre el total	15,06	12,10	12,35
Entre 15 y 64 años	Hombres	15.412.431	787.841	29.567
	Mujeres	15.287.795	753.762	26.539
	Ambos sexos	30.700.226	1.541.603	56.106
	% sobre el total	65,98	63,29	62,33
Más de 65 años	Hombres	3.812.174	264.116	10.432
	Mujeres	5.010.446	335.379	12.358
	Ambos sexos	8.822.620	599.495	22.790
	% sobre el total	18,96	24,61	25,32

En cuanto, a la población mayor de 64 años, en relación al resto de provincias de Castilla y León, Soria se encuentra en 2017 algo por encima de la media regional. Otro dato bastante llamativo es que INE refiere un dato de mayores de 64 años en el año 2000 superior al que se observa 10 años más tarde, en contra de la evolución normal que presenta cualquier territorio de nuestro país. La llegada masiva de inmigrantes en la primera década del 2000 hizo que se produjera un cierto rejuvenecimiento de la población y un descenso en este indicador relativo. También se aprecia que, a día de hoy, se pueden considerar más envejecidas que nuestra provincia otras como Zamora (de manera muy destacada), León o Salamanca. A escasa distancia, estarían Ávila y Palencia y con bastante diferencia Burgos, Segovia o Valladolid.

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 cerca de un 30% 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 la atención que, al contrario de lo que ocurre a nivel nacional y regional, en la provincia de Soria la proporción de hombres es superior a la de las mujeres. En el primer tramo objeto de análisis, los menores de 15 años, se aprecia en los tres escenarios que nacen bastantes más niños que niñas. También destacar que en el tramo de edad de 15 a 64 años, el sexo masculino representa un 52,69% del total (respecto al 50,2% nacional y el 51,1% autonómico).

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 las causas de esta mayor proporción en este tramo.

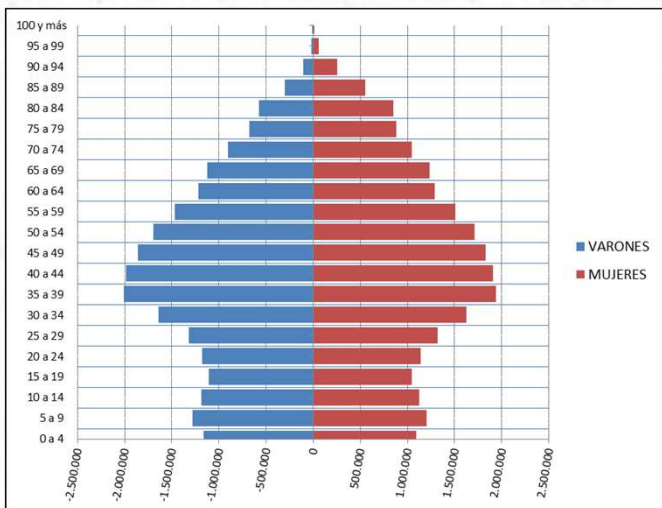
Proporción de personas mayores de 64 años. 2017			
Provincias de Castilla y León			
	2000	2010	2017
AVILA	25,01	23,91	25,25
BURGOS	20,76	20,65	23,08
LEON	23,35	24,57	26,24
PALENCIA	21,98	22,68	24,49
SALAMANCA	22,39	23,82	25,89
SEGOVIA	22,79	21,18	22,20
SORIA	26,37	24,88	25,32
VALLADOLID	16,52	18,58	22,01
ZAMORA	26,93	28,46	29,86
CASTILLA Y LEON	21,86	22,56	24,34

2. El perfil de la organización

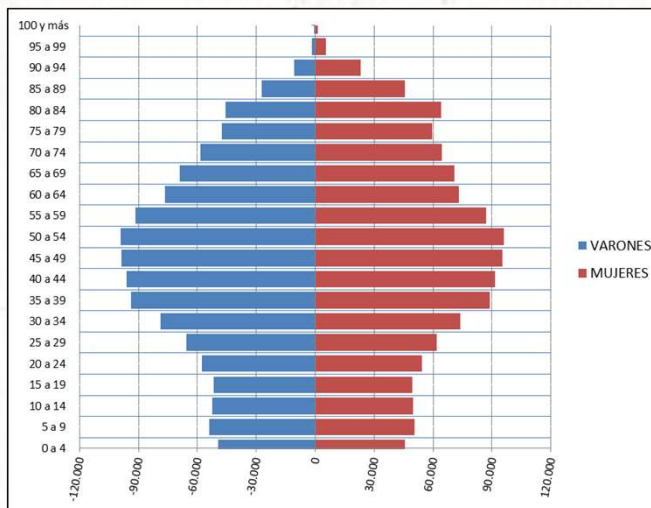
2.4. Entorno sociodemográfico

PIRAMIDES DE POBLACION

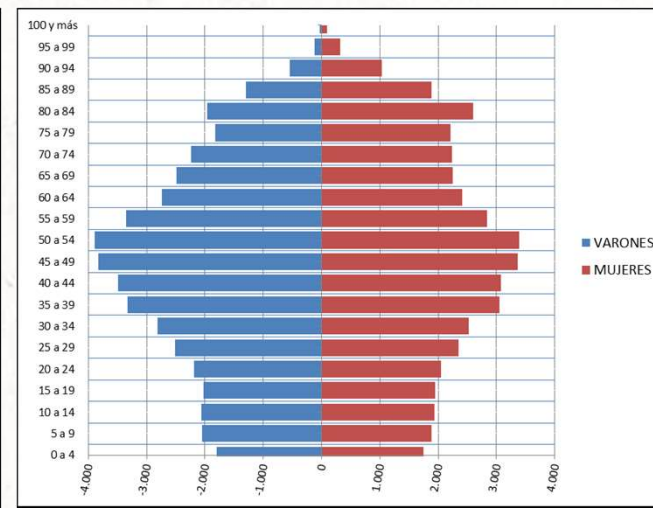
ESPAÑA



CASTILLA Y LEON



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.



Escenarios antagónicos. A la izquierda, una jornada con niños en la capital, donde existe un cierto dinamismo y una base infantil relativamente amplia. A la derecha, una imagen del mundo rural que languidece.



Aldealcardo, uno de tantos pueblos abandonados de la provincia de Soria, símbolo de la grave decadencia demográfica de esta provincia

2. El perfil de la organización

2.4. Entorno sociodemográfico

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:

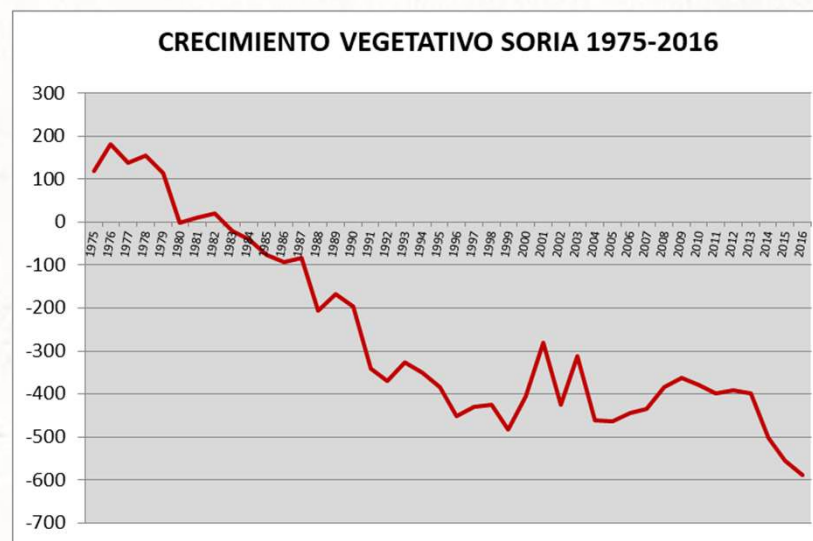
Crecimiento vegetativo. Provincia de Soria 1975-2016			
AÑO	NACIMIENTOS	DEFUNCIONES	CRECIMIENTO VEGETATIVO
1975	1140	1.022	118
1980	1010	1.011	-1
1985	930	1.007	-77
1990	753	950	-197
1995	698	1.081	-383
2000	723	1.129	-406
2005	727	1.191	-464
2010	748	1.128	-380
2014	643	1.144	-501
2015	634	1.189	-555
2016	626	1.215	-589



Habitación Unidad de Tocoginecología, Hospital Santa Bárbara



Unidad de Pediatría, Hospital Santa Bárbara



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

Como se puede apreciar, desde el año 1980, primer año de la serie con tasas negativas, no ha parado de aumentar hasta 2016, el último año de que se disponen datos, donde hay una diferencia negativa de casi 600 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.

2. El perfil de la organización

2.4. Entorno sociodemográfico

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					Población residente en Soria por lugar de nacimiento			
	2002	2015	2016	2017		2002	2015	2017
Española	87.958	83.696	82.767	82.114	Española	87.471	81.239	79.454
Unión Europea (sin España)	486	3.736	3.878	3.929	Unión Europea (sin España)	644	3686	3.821
Resto de Europa	50	139	142	149	Resto de Europa	82	204	223
África	573	1.799	1.753	1.674	África	607	1836	1.810
América del Norte	19	57	62	64	América del Norte	48	98	110
Centro América y Caribe	150	512	498	482	Centro América y Caribe	221	988	1.025
Sudamérica	1.104	1.555	1.455	1.337	Sudamérica	1.260	3.433	3.297
Asia	37	282	259	260	Asia	42	292	271
Oceanía	1	4	6	5	Oceanía	4	5	6
Apátridas	0	1	1	1				
Total provincial	90.378	91.781	90.821	90.015	Total provincial	90.379	91.781	90.017
Población Española	87.958	83.696	82.767	82.114	Población Española	87.471	81.239	79.454
% Población española	97,32	91,19	91,13	91,22	% Población española	96,78	88,51	88,27
Población Extranjera	2.420	8.085	8.054	7.901	Población Extranjera	2.908	10.542	10.563
% Población Extranjera	2,68	8,81	8,87	8,78	% Población Extranjera	3,22	11,49	11,73

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 analizado en páginas anteriores. 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 casi un 12% 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.

2. El perfil de la organización

2.4. Entorno sociodemográfico

A continuación se muestra, cuadro resumen de la proyección de población que determina el Instituto Nacional de Estadística, para el periodo 2016-2031:

Proyecciones de Población 2016-2031			
AÑO	SORIA	CASTILLA Y LEÓN	ESPAÑA
2016	90.872	2.454.870	46.438.422
2017	90.064	2.436.850	46.443.249
2018	89.272	2.418.791	46.439.791
2019	88.498	2.400.701	46.427.975
2020	87.738	2.382.609	46.408.171
2021	86.992	2.364.537	46.380.938
2022	86.261	2.346.521	46.347.105
2023	85.543	2.328.608	46.307.562
2024	84.841	2.310.841	46.263.361
2025	84.157	2.293.265	46.215.418
2026	83.492	2.275.913	46.164.577
2027	82.845	2.258.797	46.111.531
2028	82.217	2.241.933	46.056.818
2029	81.608	2.225.314	46.000.858
2030	81.018	2.208.946	45.943.952
2031	80.446	2.192.801	45.886.177
% Dif 2031 s/2016	-11,47	-10,68	-1,19
> 65 años (2031)	25.715	714.101	11.725.209
% > 65 años	31,97%	32,57%	25,55%

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

Por otra parte, las proyecciones del INE para 2031 en mayores de 65 años nos ofrecen un dato de un 31,97% para la provincia de Soria, un 32,57% para Castilla y León y un nada desdeñable 25,55% 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 18,96 a 1 de enero de 2017 a más del 25,5 % en 2031, lo que supone un incremento superior al 30%.

El INE realiza una proyección de 50 años, en concreto para el año 2066 y solamente ya a nivel nacional. La población prevista sería de 41.068.643 y una tasa de envejecimiento (mayor de 65 años) de un 34,56%. 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) bastante superior al 40% de la población.

Para concluir, otro dato muy elocuente, el número de centenarios en 2064 en el conjunto de España puede ascender a 222.104 efectivos, cuando en 2015 apenas superan los 15.000.

2. El perfil de la organización

2.4. Entorno sociodemográfico

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 11,73% 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 **pérdida de población prevista por el INE para 2031** (cerca al 11,50 % 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 casi el 32%. Si nos atenemos a las proyecciones de 50 años podemos hablar de bastante más del 40%. 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...).

2. El perfil de la organización

2.5. Análisis socio-económico provincial

La sanidad es un servicio público esencial que, salvo alguna excepción legal, tiene carácter universal y gratuito. Desde ese punto de vista, resulta básico el entorno sociodemográfico para determinar los servicios que se deben prestar a las personas y en los territorios concretos. Por ello, se ha realizado un análisis con cierta exhaustividad de la cuestión poblacional tan relevante en nuestra provincia.

Aunque en este sentido quizás resulte menos importante el aspecto socio-económico, también conviene establecer un análisis de las principales magnitudes económicas. ¿De qué manera pueden influir? Si el desastre demográfico, ya expuesto y remarcado, está acompañado de un declive económico, el futuro de la provincia corre más riesgos de que se precipite esa desaparición ya mencionada en algún artículo de la prensa local. Dicho de otro modo, si no hay oportunidades de trabajo, es probable que la emigración (ya asumida en la población joven, mayormente universitaria) se extienda a las capas medias, sobre todo inmigrantes, cuyo arraigo a la provincia se circunscribe a motivos laborales o económicos.

De acuerdo con el documento PREVISIONES ECONÓMICAS DE CASTILLA Y LEÓN, N° 13/2018, del Grupo Unicaja, edición de abril 2018 y disponible en españaduoero.es, en el conjunto de 2017, el crecimiento de la economía provincial habría alcanzado el 3,0%, un avance más intenso que en el conjunto regional (2,5%), si bien las previsiones para 2018 apuntan a una desaceleración del ritmo de crecimiento de la provincia (2,8%), mientras que para Castilla y León se espera un aumento similar.

Los últimos datos de renta per cápita por las distintas provincias de Castilla y León publicados por el INE son del año 2015 y para 2016 y 2017 están regionalizados. En cualquier caso, la renta per cápita de Soria es la tercera en el grupo de provincias castellano-leonesas, solo superada por Burgos (de manera holgada) y Palencia (por unos escasos 45€).

Respecto de la media regional, el dato de nuestra provincia es un 10,5% superior y, si la comparamos con el conjunto de España, se mantiene en un destacado 3,35% sobre la media nacional.

RENDA PER CAPITA POR PROVINCIAS DE CASTILLA Y LEÓN									
PROVINCIA	2015 (P)			2016 (A)			2017 (1º E)		
	Valor	Índice España = 100	Tasa de Variación Interanual	Valor	Índice España = 100	Tasa de Variación Interanual	Valor	Índice España = 100	Tasa de Variación Interanual
Ávila	18.229	78,3%	2,6%						
Burgos	25.851	111,1%	3,2%						
León	19.668	84,5%	2,8%						
Palencia	24.095	103,5%	5,7%						
Salamanca	19.453	83,6%	6,0%						
Segovia	21.038	90,4%	3,9%						
Soria	24.050	103,3%	4,6%						
Valladolid	23.678	101,7%	5,4%						
Zamora	18.598	79,9%	3,8%						
CASTILLA Y LEÓN	21.770	93,5%	4,3%	22.723	94,4%	4,4%	23.555	94,2%	3,7%
ESPAÑA	23.271	100,0%	4,2%	24.080	100,0%	3,5%	24.999	100,0%	3,8%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Regional de España. Base 2010.

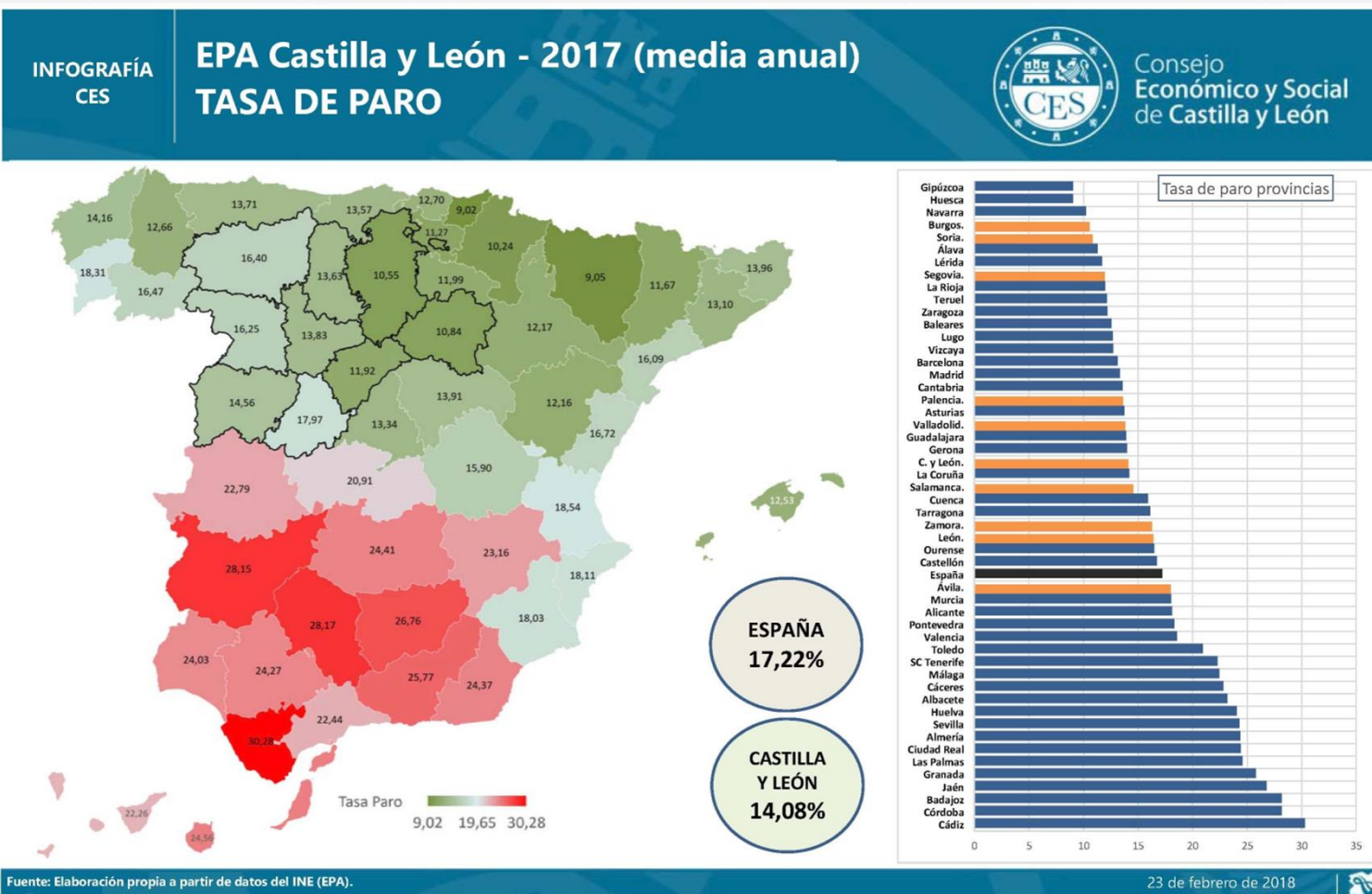
Como ya se ha dicho, para 2016 y 2017, los datos no están provincializados, pero, si a nivel macroeconómico, el crecimiento es superior y la población decrece, la renta per cápita debe seguir alejándose (de manera positiva) más de las medias regional y española.

2. El perfil de la organización

2.5. Análisis socio-económico provincial

Otro de los factores clave a tener en cuenta en este análisis es el **mercado de trabajo**. Según la publicación de España-Duero, *en el promedio de 2017 el empleo ha crecido un 9,9% respecto al año anterior, cuando se estimó un descenso del 0,6%. De igual modo, en la provincia se ha observado un importante aumento interanual de la población activa en el último trimestre de 2017 (5,5%), lo que unido a un descenso del número de parados (-18,5%) ha generado una caída de la tasa de paro de 2,7 p.p., hasta situarse en el 9,6%, la tasa más baja de la región y una de las menores a nivel nacional. Por otro lado, la provincia soriana ha experimentado el aumento más acusado en la tasa de actividad de la región en el cuarto trimestre de 2017 (3,7 p.p. más en términos interanuales) hasta el 61,4% (54,4% en Castilla y León).*

A continuación, se muestra una infografía del Consejo Económico y Social de Castilla y León en la que se establece la media correspondiente a todo el año por provincias:



Si nos atenemos a los datos correspondientes a la Encuesta de Población Activa del último trimestre de 2017, las provincias con menor tasa de paro serían las siguientes:

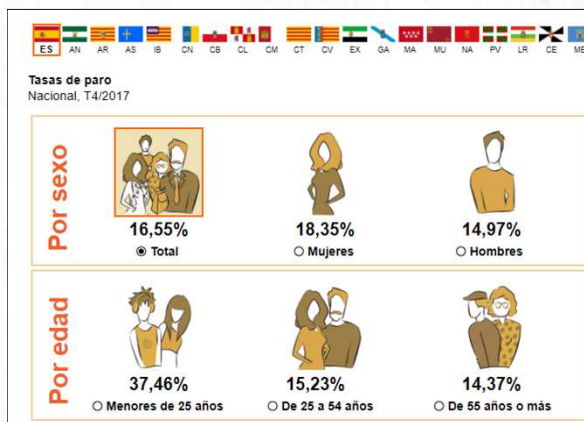
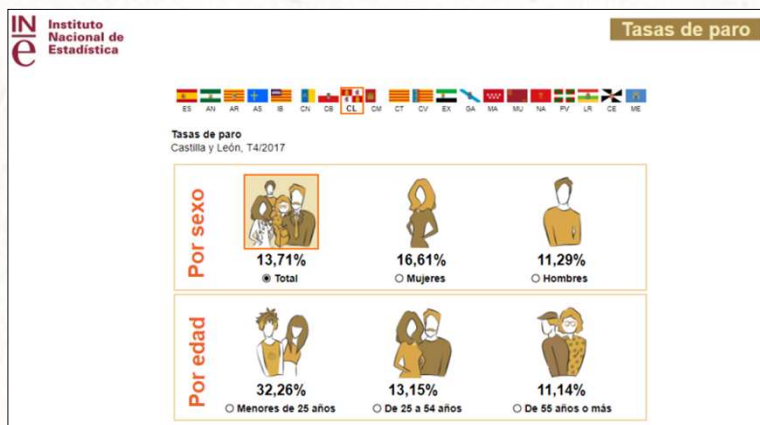
PROVINCIA	% PARO
22 Huesca	8,12
20 Gipuzkoa	8,43
01 Araba/Álava	9,04
42 Soria	9,55
31 Navarra	9,63
19 Guadalajara	10,48
09 Burgos	11,08
44 Teruel	11,16
27 Lugo	11,23
25 Lleida	11,40

2. El perfil de la organización

2.5. Análisis socio-económico provincial

En cuanto a los datos segmentados por sexos o grupos de edad por provincias que el INE nos ofrece de la Encuesta de Población Activa (del último trimestre de 2017), destacar que la tasa de paro en mujeres es de un 10,7% mientras que en hombres es de 8,6%. Para Castilla y León, se observa algo más de paro en las mujeres (16,61%) que en los hombres (11,29%), aunque por debajo de las tasas nacionales (18,35% y 14,97%, en mujeres y hombres respectivamente). En todo caso, ambos escenarios, resultan muy superiores a los registros de Soria.

Por grupos de edad, el grupo más penalizado por el paro, a nivel regional, es el de menores de 25 años (32,26%), aunque también con mejores comportamientos que los datos nacionales (un 37,46% a nivel nacional). No están disponibles los datos para Soria.

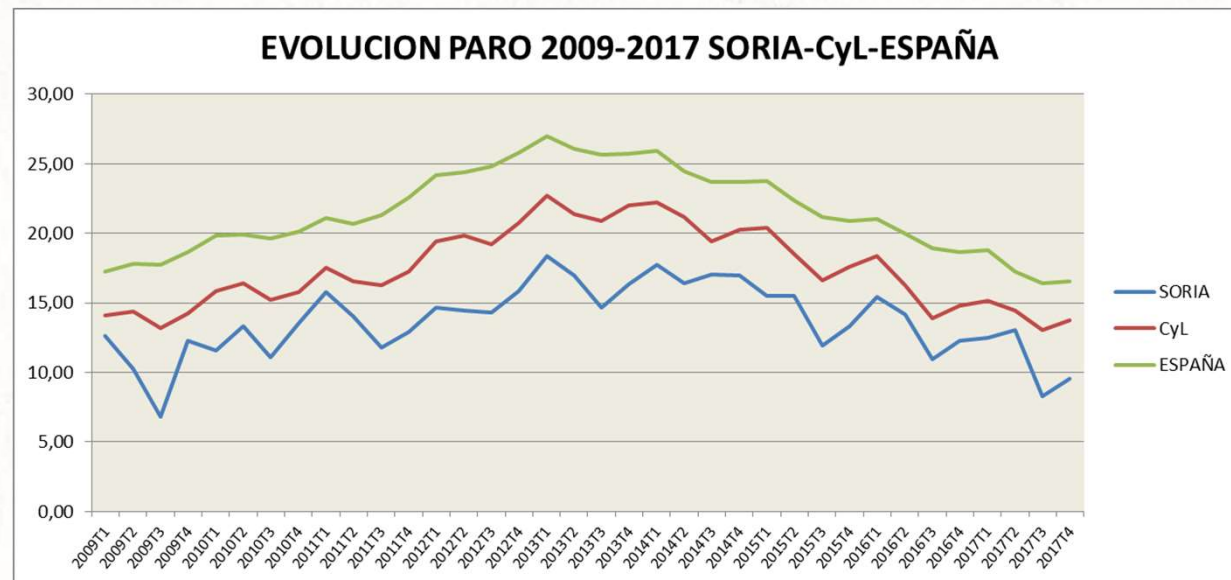


La tasa de actividad se calcula como el cociente entre la población activa y la población en edad de trabajar o mayor de 16 años.
Soria presenta la mayor tasa de actividad de Castilla y León, el 61,4%, frente al 58,8% del conjunto de la nación y del 54,4% de la media regional.

Por último, se presenta un gráfico evolutivo de las tasas de paro de Soria, Castilla y León y España desde 2009 (inicios de la reciente crisis) hasta la actualidad. En los tres escenarios se observa que en el último trimestre de 2017 ya se habrá conseguido recuperar las tasas de paro anteriores a la crisis.

El descenso continuado de las tasas hasta niveles por debajo del 10% en Soria hace pensar que están mejorando en los últimos años los datos de empleo, si bien se aprecian unos «dientes de sierra» más acentuados, producto de la distorsión que se produce en una encuesta con una muestra relativamente pequeña.

A pesar de la buena evolución, sigue habiendo en Soria unos 4000 desempleados. Los contratos indefinidos solamente representan un 12 % del total.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE

2. El perfil de la organización

2.5. Análisis socio-económico provincial

Seguindo con la publicación de España-Duero, se nos informa que *los indicadores de demanda han cerrado el año con unos positivos resultados. Por un lado, en la provincia se han matriculado 1.403 turismos en 2017, un 4,2% más que en 2016, tasa menos acusada que la registrada en el conjunto de Castilla y León (6,8%). A su vez, la matriculación de vehículos de carga (522 en el conjunto de 2017) ha aumentado un 35,9% respecto al año anterior, mostrando el comportamiento más dinámico de la región, donde el aumento medio ha sido del 2,7%.*

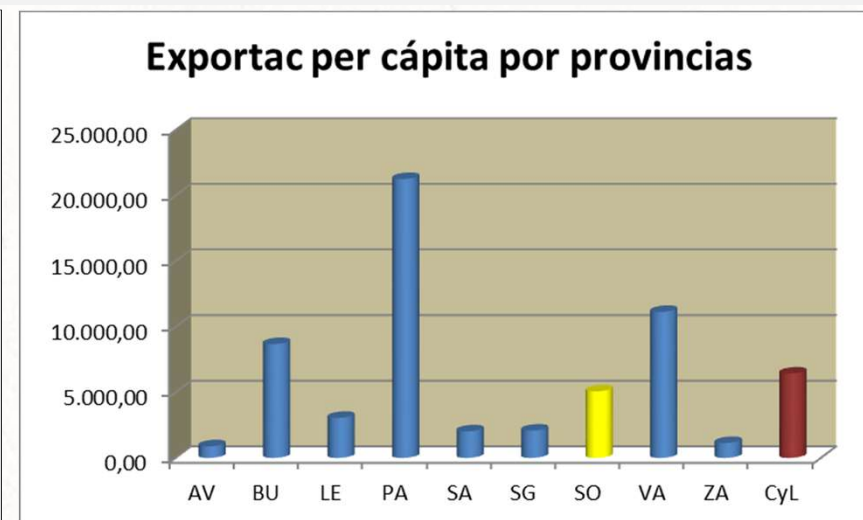
En términos de **comercio exterior**, el valor de las exportaciones (451,3 millones de euros en 2017) ha crecido a un ritmo anual del 13,8%, la tasa relativa más elevada de la región, donde se ha registrado un descenso del 4,5%, aunque éstas apenas representan el 3% del total regional. Este crecimiento se explica, principalmente, por el aumento de las ventas de bienes de equipo y semimanufacturas, los sectores con mayor peso sobre el valor total de las ventas al exterior, si bien cabe mencionar el notable aumento experimentado por las exportaciones de materias primas.

En términos reales, el aumento anual de las exportaciones ha sido del 15,9% en 2017. Por su parte, las importaciones de bienes han aumentado un 3,9% (5,5% en Castilla y León), por lo que el saldo de la balanza comercial se ha duplicado, mostrando un superávit de 81,7 millones de euros en 2017. (PREVISIONES ECONÓMICAS DE CASTILLA Y LEÓN, Nº 13/2018)

Como se puede observar en la Tabla de Exportaciones, Soria presenta un notable vigor exportador. Se ve superada por Valladolid, Palencia, Burgos, León y Salamanca. Para las dos primeras la alta ponderación de fabricación de automóviles Renault condicionan este indicador. Burgos también presenta un destacado dinamismo (tercera en exportaciones y segunda en importaciones). Y finalmente, León y Salamanca superan en exportaciones a Soria por la notable diferencia poblacional.

Si analizamos este dato per cápita vemos que sigue primando el «efecto Renault», Burgos muestra una notable fortaleza y ya aparece Soria en un destacado cuarto lugar, doblando en capacidad exportadora per cápita a provincias similares como Ávila, Segovia, Zamora o incluso Salamanca.

	EXPORTACIONES			IMPORTACIONES			SALDO	
	Millones €	% total	tva (%)	Millones €	% total	tva (%)	Millones €	tva (%)
CASTILLA Y LEÓN	15.597,6	5,6	-3,9	13.397,6	4,4	5,7	2.200,0	-38,1
Ávila	141,9	0,1	-21,3	166,2	0,1	33,2	-24,2	-143,6
Burgos	3.107,8	1,1	-9,4	2.522,0	0,8	0,4	585,8	-36,3
León	1.428,5	0,5	0,4	894,5	0,3	42,3	534,0	-32,8
Palencia	3.472,8	1,3	-9,0	500,5	0,2	18,5	2.972,4	-12,5
Salamanca	675,2	0,2	-5,7	592,8	0,2	5,1	82,4	-45,7
Segovia	320,9	0,1	2,9	201,3	0,1	-1,9	119,6	12,1
Soria	451,3	0,2	12,2	369,6	0,1	4,8	81,7	64,0
Valladolid	5.797,6	2,1	0,6	8.039,6	2,7	3,3	-2.242,0	-11,1
Zamora	201,5	0,1	8,8	111,2	0,0	23,5	90,4	-5,2



Fuente: Informe mensual de comercio exterior. Diciembre 2017.

Ministerio de Industria y Competitividad. Secretaria de Estado de Comercio. Dirección Territorial de Valladolid

2. El perfil de la organización

2.5. Análisis socio-económico provincial

En Informe de Previsiones Económicas 2018 continúa analizando algunos indicadores empresariales. Según este Informe *se crearon 110 sociedades en 2017 en la provincia, un 19,6% más respecto a 2016 (-5,2% en Castilla y León), siendo más acusado el incremento del importe suscrito por estas sociedades (162,2%), con 8,9 millones de euros en el conjunto del año, frente a los 3,4 millones contabilizados el año anterior.*

Por su parte, la inversión pública ha aumentado notablemente en el conjunto de 2017, con un importe licitado de algo más de 96 millones de euros, en torno a la décima parte del total licitado en la región y tres veces superior a la cuantía de 2016, cuando se redujo un 28,4%. Atendiendo a la finalidad de los fondos, la partida de edificación ha sido la que más ha crecido (47,2 millones de euros en 2017 frente a los 3,7 millones de 2016), destacando, entre otros proyectos, la licitación del hospital Santa Bárbara. La partida de obra civil (48,8 millones de euros en 2017) se ha incrementado un 89,4%. (PREVISIONES ECONÓMICAS DE CASTILLA Y LEÓN, Nº 13/2018)

En conclusión, no se deduce de los análisis económicos previos, que esto esté influyendo de manera determinante en la despoblación. Éste es un fenómeno multifactorial que debe tener otro tipo de lecturas más relacionadas con el propio territorio, la climatología, las infraestructuras, las comunicaciones, la incorporación de la mujer al trabajo y el descenso de la natalidad, la propia despoblación (es un problema que se retroalimenta), el escaso desarrollo de las nuevas tecnologías en el medio rural o la falta de oportunidades laborales a los jóvenes.

Con el fin de superar el grave problema de la despoblación, en marzo de 2017, se suscribió el Plan de Dinamización Económica y Demográfica de Soria, con la Diputación Provincial, Cecale, UGT y CC.OO. Según este Plan, la Junta de Castilla y León movilizará al menos 260 millones de euros hasta 2020 para revitalizar la provincia de Soria, de los cuales 80 los aportará de manera directa el Gobierno autonómico.

Habrà que esperar a los próximos años para valorar los efectos reales de este Plan aparentemente muy ambicioso para la provincia.

Soria ya tiene su plan de choque contra la despoblación

ELECONOMISTA | 31/03/2017 - 18:14 | 0 Comentarios



Más noticias sobre: CASTILLA Y LEÓN UGT PRESUPUESTOS GENERALES DEL ESTADO



El presidente de Cecale, Santiago Aparicio; el presidente de la Diputación provincial, Luis Rey; la consejera de Economía, Pilar del Olmo; el secretario general de CC.OO, Ángel Hernández, y el vicesecretario de UGT, Evelio Angulo y Ángel Hernández, respect

2. El perfil de la organización

2.6. La GASSO en cifras

En línea con la población, el descenso del número de tarjetas sanitarias (población con derecho a asistencia sanitaria de la Seguridad Social) va descendiendo año tras año.

Más allá del valor absoluto, merece un análisis específico la distribución por grupos de edad que se producen en las distintas zonas básicas de salud, destacando las grandes diferencias poblacionales existentes entre las zonas rurales de la provincia y la capital. Las mayores diferencias se producen sobre todo en la población mayor de 65 años que representan un 50% más en la provincia. Otro hecho reseñable es que hay una distorsión de cierta relevancia entre el padrón de habitantes y el número de tarjetas sanitarias: hay casi 4.000 tarjetas registradas en los centros urbanos que no se corresponden con la población censada. Este hecho obedece a que muchos de los residentes (generalmente mayores) en pueblos pasan largas temporadas en la capital y, sobre todo, han decidido que la asistencia sanitaria en el nivel de atención primaria la quieren recibir en alguno de los centros capitalinos.

Por último, mencionar que se aportan los datos de los centros rurales extremos (Gómara y Berlanga) en contraposición con una de las zonas básicas más dinámicas de la provincia (Soria Sur). En este escenario las diferencias comienzan a ser muy considerables, como se puede apreciar en el gráfico del margen derecho.

TOTAL AREA	De 0-3 años	De 3-7 años	De 7-14 años	De 14-65 años	Más de 65 años	TOTAL
Efectivos por tramo	1.899	2.753	5.303	56.536	22.561	89.052
% Totales por tramo	2,13%	3,09%	5,95%	63,49%	25,33%	100%
% Totales por tramo (2)	11,18%			63,49%	25,33%	100%

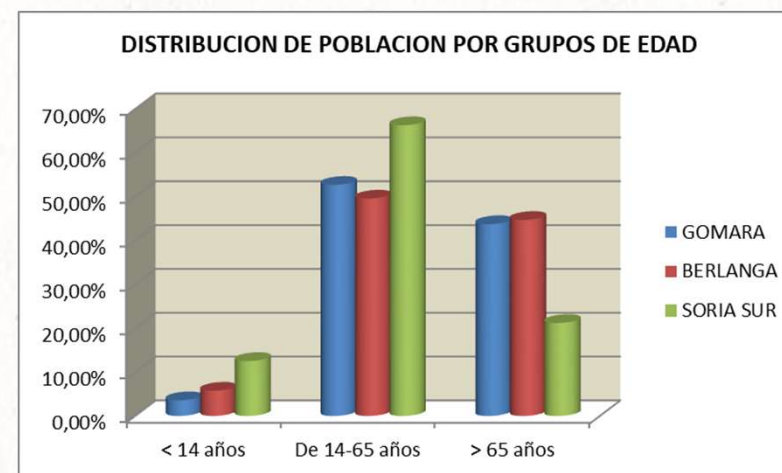
TOTAL AREA RURAL	De 0-3 años	De 3-7 años	De 7-14 años	De 14-65 años	Más de 65 años	TOTAL
Efectivos por tramo	844	1.298	2.600	28.090	13.914	46.746
% Totales por tramo	1,81%	2,78%	5,56%	60,09%	29,77%	100%
% Totales por tramo (2)	10,14%			60,09%	29,77%	100%

TOTAL AREA URBANA	De 0-3 años	De 3-7 años	De 7-14 años	De 14-65 años	Más de 65 años	TOTAL
Efectivos por tramo	1.055	1.455	2.703	28.446	8.647	42.306
% Totales por tramo	2,49%	3,44%	6,39%	67,24%	20,44%	100%
% Totales por tramo (2)	12,32%			67,24%	20,44%	100%

Z.B.S. GOMARA	De 0-3 años	De 3-7 años	De 7-14 años	De 14-65 años	Más de 65 años	TOTAL
Efectivos por tramo	9	3	30	619	514	1.175
% Totales por tramo	0,77%	0,26%	2,55%	52,68%	43,74%	100%
% Totales por tramo (2)	3,57%			52,68%	43,74%	100%
Media zonas rurales provín	10,14%			60,09%	29,77%	100%
Media provincial	12,35%			62,33%	25,32%	100%
Media regional	12,10%			63,29%	24,61%	100%
Media nacional	15,06%			65,98%	18,96%	100%

Z.B.S. BERLANGA DE DUERO	De 0-3 años	De 3-7 años	De 7-14 años	De 14-65 años	Más de 65 años	TOTAL
Efectivos por tramo	13	21	50	724	653	1.461
% Totales por tramo	0,89%	1,44%	3,42%	49,56%	44,70%	100%
% Totales por tramo (2)	5,75%			49,56%	44,70%	100%
Media zonas rurales provincia	10,14%			60,09%	29,77%	100%
Media provincial	12,35%			62,33%	25,32%	100%
Media regional	12,10%			63,29%	24,61%	100%
Media nacional	15,06%			65,98%	18,96%	100%

Z.B.S. SORIA SUR	De 0-3 años	De 3-7 años	De 7-14 años	De 14-65 años	Más de 65 años	TOTAL
Efectivos por tramo	569	708	1.109	12.636	4.041	19.063
% Totales por tramo	2,98%	3,71%	5,82%	66,29%	21,20%	100%
% Totales por tramo (2)	12,52%			66,29%	21,20%	100%
Media provincial	11,18%			63,49%	25,33%	100%
Media regional	12,10%			63,29%	24,61%	100%
Media nacional	15,06%			65,98%	18,96%	100%



2. El perfil de la organización

2.6. La GASSO en cifras

ATENCIÓN PRIMARIA	TOTAL	UBICACIÓN
Centros de Salud	14	Agreda, Almazán, Arcos de Jalón, Berlanga de Duero, Burgo de Osma, Covalada, Gómara, Olvega, San Esteban de Gormaz, San Leonardo de Yagüe, San Pedro Manrique, Soria Rural, Soria Norte y Soria Sur.
Puntos de atención continuada	14	La Milagrosa, Centros de Salud rurales, Medinaceli y Langa de Duero.
Consultorios Locales	343	
Unidad de Salud Bucodental	1	2 Salas en Soria Norte, Almazán, Burgo de Osma, San Leonardo de Yagüe y Olvega.
Unidad de Atención a la Mujer	15	Entodos los Centros de Salud más la Unidad Funcional de Soria Tardes.
Salas de Fisioterapia	8	La Milagrosa, Almazán, Burgo de Osma, San Leonardo de Yagüe, Olvega, Arcos de Jalón, San Esteban de Gormaz y Covalada.
Unidad de Mamografía Fija	1	La Milagrosa
Unidad de Radiología	2	La Milagrosa y Burgo de Osma
Ecógrafos	7	Almazán, Burgo de Osma, San Esteban de Gormaz, San Leonardo de Yagüe, Soria Norte, Soria Rural y
Retinógrafos	4	A lo largo de toda la provincia
Ortopantomógrafo	1	C. S. Soria Norte.

ATENCIÓN HOSPITALARIA	TOTAL
Camas instaladas	325
Quirófanos instalados	8
UTPR (Unidad de Trabajo de Partos y Recuperación)	4
Locales en consultas externas Hospital	65
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	20
Ecocardiógrafos	4
Mamógrafo	1
Resonancia magnética	1
TAC helicoidal	2
Telemando Rx	2
Salas Rx en Atención Especializada	4



europapress / castilla y león

El Hospital de Soria recibe un nuevo TAC y un 'Láser verde' para la cirugía de próstata



2. El perfil de la organización

2.6. La GASSO en cifras

CONSULTAS				
ATENCIÓN PRIMARIA	2014	2015	2016	2017
Medicina de Familia	843.883	773.850	685.739	631.296
Pediatría	53.732	45.864	46.900	46.551
Enfermería	393.954	359.007	353.570	349.276
Salud Bucodental	11.379	11.379	11.402	11.208
Fisioterapia	52.470	9.502(1)	54.489	45.502
Matronas	12.402	12.885	13.063	11.997
Trabajadores Sociales	8.558	5.978	7.639	8.187
TOTAL A. PRIMARIA	1.376.578	1.249.583	1.172.802	1.104.017
CONSULTAS EXTERNAS				
ATENCIÓN HOSPITALARIA				
Consultas primeras	47.434	45.414	45.035	47.831
Primeras alta resolución	8.331	7.550	7.379	7.628
Consultas sucesivas	95.890	94.772	91.130	91.873
TOTAL A. HOSPITALARIA	143.324	140.186	136.135	139.704
Total Consultas	1.519.902	1.389.769	1.308.937	1.243.721

(1) Cambio del sistema de registro.

URGENCIAS				
HOSPITALARIAS	2014	2015	2016	2017
Ingresadas	5.839	5.682	6.170	5.938
No ingresadas	23.266	24.150	25.758	25.766
TOTAL	29.105	29.832	31.928	31.704
EXTRAHOSPITALARIAS				
Urbanas (incluye Soria Rural)	27.414	29.524	25.008	25.378
Rurales	44.829	42.783	53.005	59.656
TOTAL	72.243	72.307	78.013	85.034
TOTAL URGENCIAS	101.348	102.139	109.941	116.738

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS				
	2014	2015	2016	2017
T.A.C.				
Exploraciones	8.341	7.953	7.636	7.705
Pacientes en lista de espera	687	752	653	386
ECOGRAFÍA				
Exploraciones	10.776	9.265	10.485	8.997
Pacientes en lista de espera	979	1.753	1.224	982
RESONANCIA MAGNETICA				
Exploraciones	4.304	3.772	4.521	4.346
Pacientes en lista de espera	92	435	148	128
MAMOGRAFÍAS TOTALES				
Exploraciones	6.139	5.148	5.915	5.770
Pacientes en lista de espera	294	339	246	184
RADIOLOGÍA CONVENCIONAL				
Exploraciones	56.436	53.935	57.103	56.267
Pacientes en lista de espera	845	1.146	1.177	1.013
LABORATORIOS (Determinaciones)				
Bioquímica	1.588.232	1.633.215	1.958.032	2.110.141
Hematología	308.138	413.746	420.070	409.508
Microbiología	76.894	76.521	82.820	85.891
BANCO DE SANGRE				
Número de transfusiones	2.997	3.214	3.446	2.941
ANATOMÍA PATOLÓGICA				
Citologías totales	2.174	1.871	1.672	1.709
Biopsias	9.877	9.427	9.030	9.934
OTROS ESTUDIOS				
Colonoscopias	1.971	1.854	1.623	1.729
Gastroscopias	1.383	1.344	1.262	1.330
CPRE	89	61	68	56
Ecocardiogramas	3.716	3.479	3.459	3.229
Electromiogramas	685	431	635	725
Electroencefalogramas	297	206	245	239
Densitometrías	2.215	1.789	2.054	2.093

2. El perfil de la organización

2.6. La GASSO en cifras

ACTIVIDAD QUIRURGICA				
	2014	2015	2016	2017
Intervenciones programadas	5.693	5.267	4.823	4.917
Intervenciones urgentes	791	767	760	733
Intervenciones concertadas	0	0	0	0
Total intervenciones	6.484	6.034	5.583	5.650
% intervenciones ambulatorias (CMA)	61,97	60,96	59,59	60,16
Número de quirófanos	1.245	1.229	1.155	1.142

LISTAS DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ) A 31 DE DICIEMBRE				
	2014	2015	2016	2017
Pacientes en LEQ Soria	730	617	535	502
Pacientes en LEQ Castilla y León	28.708	29.233	28.210	24.495
Pacientes LEQ/1000Hab. Soria	9,56	7,99	6,07	5,72
Pacientes LEQ/1000Hab. Castilla y León	11,5	11,82	11,52	10,34
Demora media en días Soria	40	39	41	49
Demora media en días. Castilla y León	79	80	107	78



EVOLUCIÓN TRIMESTRAL LEQ 2017				
	31-mar.	30-jun.	30-sep.	31-dic.
Pacientes en LEQ Estructural	556	490	664	502
Pacientes en LEQ TOTAL	644	606	789	593
Demora media en días	27	25	40	49

LISTA DE ESPERA SEGÚN PRIORIDAD 2017	
Pacientes P 1. Demora >30 días. Soria	0
Demora media en días P1. Soria	12
Demora media en días P1. CyL	13
Pacientes P 2. Demora >90 días. Soria	0
Demora media en días P2. Soria	29
Demora media en días P2. CyL	79
Pacientes P 3. Demora >180 días. Soria	2
Demora media en días P3. Soria	51
Demora media en días P3. CyL	80

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.

LISTA DE ESPERA CONSULTAS EXTERNAS				
	2014	2015	2016	2017
Nº Pacientes total	5.602	5.542	6.458	5.391
Nº Pacientes demora estructural	2.398	4.504	5.024	4.549
Entradas en lista de espera	49.494	51.427	50.323	52.167
Media de días de espera	40	45	45	54
Derivaciones de Atención Primaria	32.840	31.029	31.144	33.096

2. El perfil de la organización

2.6. La GASSO en cifras

HOSPITALIZACIÓN				
INDICADOR	2014	2015	2016	2017
Nº de altas	8.900	8.430	8.794	8.688
Nº de estancias	77.347	74.386	77.078	74.877
Estancia media (días)	8,69	8,82	8,76	8,62
Peso Medio	1,7413	1,6621	-	-
IEMA	1,0512	1,0286	-	-



MORBILIDAD HOSPITALARIA				
DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES AL ALTA (%)	2015	2016 (*)- 67,77%	2016 (*)- 84,16%	2017
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	15,87	12,57	13,55	14,50
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	14,32	13,25	15,90	13,36
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	14,38	15,07	14,97	15,50
NEOPLASIAS	9,51	9,13	9,52	9,04
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	8,81	6,48	8,41	7,53
TRAUMATISMOS, LESIONES Y ENVENENAMIENTOS	8,14	8,39	7,86	8,25
TRASTORNOS MUSCULO ESQUELÉTICOS	5,78	6,38	5,45	5,44
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	5,37	6,14	5,66	6,31
TRASTORNOS MENTALES	3,21	2,90	2,63	2,86
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	3,00	3,54	3,39	3,42

(*) % de codificación con CIE10



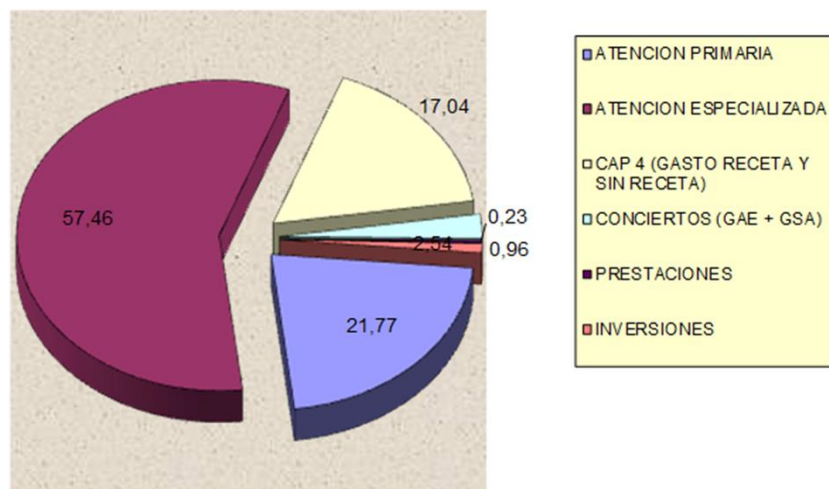
2. El perfil de la organización

2.6. La GASSO en cifras

GASTO TOTAL AÑO 2017. POR CENTROS DE LA GASSO

SUBPROGRAMAS DE GASTO	CIERRE 2017	% SOBRE EL TOTAL
ATENCION PRIMARIA	28.925.421	21,77
ATENCION ESPECIALIZADA	76.353.888	57,46
CAP 4 (GASTO RECETA Y SIN RECETA)	22.641.377	17,04
CONCIERTOS (GAE + GSA)	3.374.045	2,54
PRESTACIONES	304.071	0,23
INVERSIONES	1.272.264	0,96
TOTAL GASTO	132.871.066	100,00

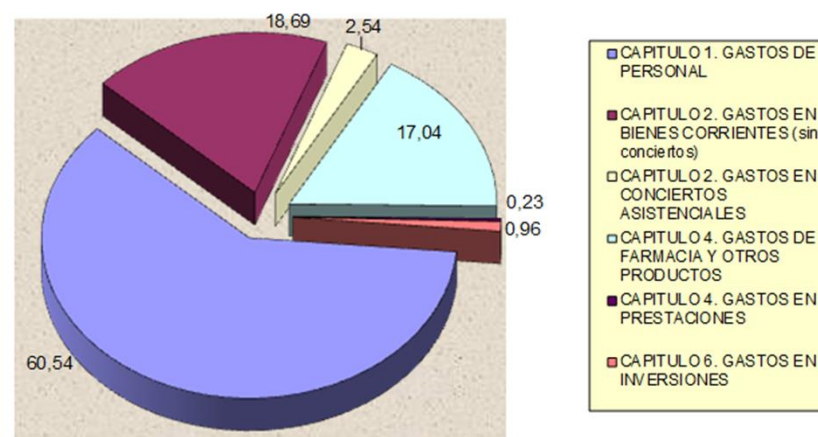
SUBPROGRAMAS DE GASTO (PORCENTAJE)



GASTO TOTAL AÑO 2017. CLASIFICACION ECONOMICA

SUBPROGRAMAS DE GASTO	CIERRE 2017	% SOBRE EL TOTAL
CAPITULO 1. GASTOS DE PERSONAL	80.439.657	60,54
CAPITULO 2. GASTOS EN BIENES CORRIENTES (sin conciertos)	24.839.652	18,69
CAPITULO 2. GASTOS EN CONCIERTOS ASISTENCIALES	3.374.045	2,54
CAPITULO 4. GASTOS DE FARMACIA Y OTROS PRODUCTOS	22.641.377	17,04
CAPITULO 4. GASTOS EN PRESTACIONES	304.071	0,23
CAPITULO 6. GASTOS EN INVERSIONES	1.272.264	0,96
TOTAL GASTO	132.871.066	100,00

CLASIFICACION ECONOMICA (PORCENTAJE)



PLAN ECONOMICO-PRESUPUESTARIO AÑO 2018.
GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA.

2. El perfil de la organización

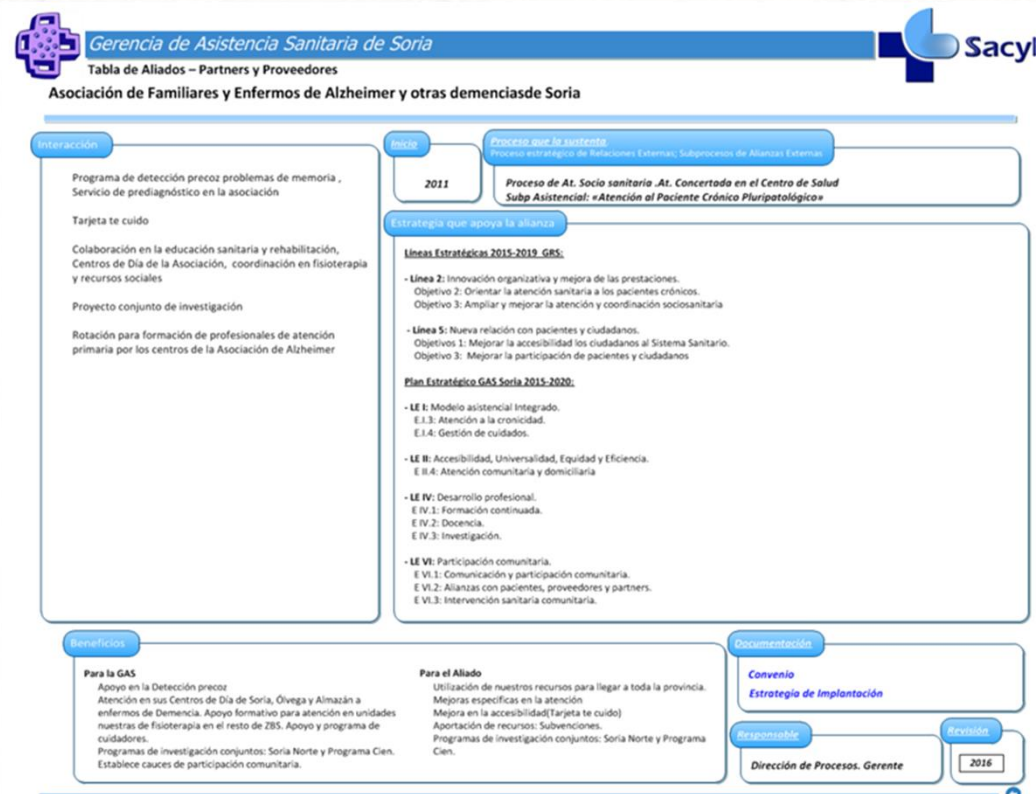
2.7. Alianzas y acuerdos

Para optimizar nuestros servicios a la ciudadanía, con las asociaciones de pacientes y otros recursos asistenciales y no asistenciales existentes en la provincia, **establecemos alianzas y desarrollamos estrategias conjuntas**. La tabla de alianzas accesible a través del portal de acceso a la intranet de la Gerencia de Asistencia Sanitaria, ofrece la información referente a las alianzas y estrategias conjuntas desarrolladas con las siguientes asociaciones y organizaciones.

ASOVICA	Donantes	UVA	CD Numancia
Esclerosis Múltiple	AECC	Universidades	Prensa
Alzheimer	ASPACE	Educación	Pfizer
Parkinson	Cruz Roja	INNS-Mutuas	Roche
Celíacos	Farmacia	Caja Rural	ESAOTE
Renales	ICICOR	112	GASMEDI
Autismo	3a Edad	Curarte	ALCON_CUSI
Diabéticos	Colegio Médicos	Fundación. Burgos	Servicios Sociales
Laringectomizados	IESCYL	Trafico	Zonas Limitrofes
FIBROAS			

Ejemplo de sistemática de recogida de documentos que sustenta la alianza:

- Interacción.
- Inicio.
- Proceso que la sustenta.
- Estrategia que apoya la alianza.
- Beneficios (para la GAS y para el Aliado).
- Documentación.
- Responsable.
- Revisión.

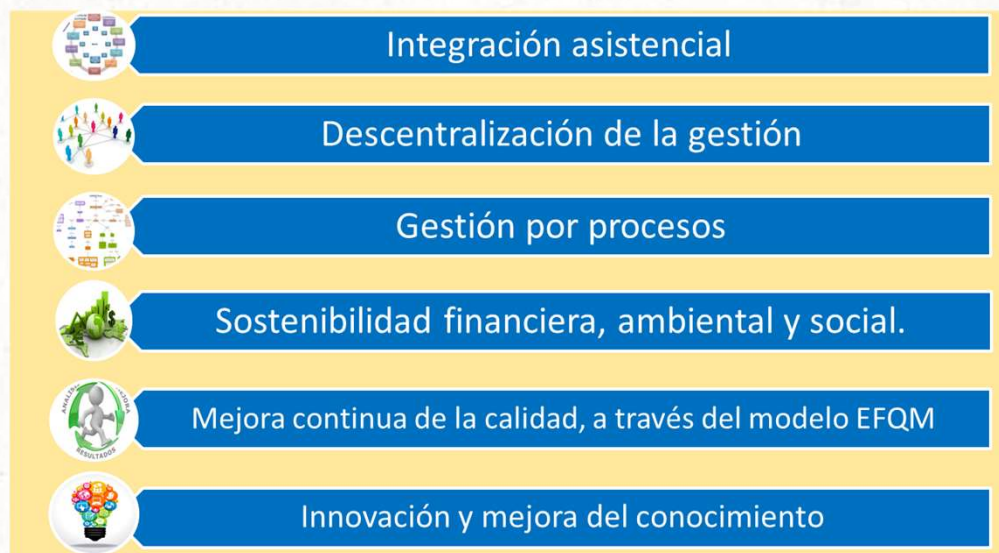


3. Estrategia y análisis

3.1. Líneas estratégicas de actuación

La **Planificación Estratégica** es una de las herramientas fundamentales en la gestión de calidad global de cualquier organización. A través de ella se consigue, en el medio y largo plazo, que la organización se aproxime lo más posible a la deseable, según sus fines, desarrollando la Visión predeterminada de la misma a la que aspiran sus profesionales y grupos de interés y cumpliendo la Misión, razón de su propia existencia.

Los objetivos de la GASSO se definen a medio y largo plazo a través de la Planificación Estratégica. Se articulan en seis estrategias transversales fundamentales:



La Gerencia Integrada de Asistencia Sanitaria de Soria trabaja en Planificación Estratégica desde 1998, habiendo elaborado, desarrollado y evaluado ya dos planes estratégicos en Atención Primaria y otros dos en Atención Especializada, además de tener experiencia en planes estratégicos de unidades concretas, centros de salud de Soria Norte y San Esteban de Gormaz.

En 2013 han finalizado los Planes Estratégicos de Atención Primaria y Especializada vigentes:

- **Plan Estratégico Complejo Asistencial de Soria 2010-2013.**
- **2º Plan Estratégico Atención Primaria de Soria 2008-2013.**

ESTRATEGIAS TRANSVERSALES

- **Integración Asistencial.** Modelo asistencial orientado a la persona y la atención de sus necesidades asistenciales con eficacia, rapidez, eficiencia, confortabilidad, seguridad y calidad.
- **Gestión por Procesos.** Modelo asistencial ágil, basado en la evidencia científica, seguro y donde la variabilidad clínica se deba exclusivamente a las diferencias individuales de las personas.
- **Descentralización de la Gestión.** Modelo asistencial basado en la Gestión Clínica en el que la toma de decisiones se acerque cada vez más y sea responsabilidad de los profesionales.
- **Mejora continua.** Buscando la excelencia en todas las actuaciones y actividades a través de planes de mejora y siguiendo la metodología EFQM.
- **Mejora del conocimiento.** Donde la docencia, formación continuada, investigación e innovación sean objetivos claves de la organización.
- **Sostenibilidad y solvencia.** Estructura perdurable en el tiempo, financieramente y en la adecuación a las necesidades de los ciudadanos. Comprometida con el medio ambiente y social.

Modelo de Integración de Soria

El proceso de integración de las dos Gerencias de Atención Primaria y Especializada se ha desarrollado desde diciembre de 2011 hasta ahora. Se ha basado en:

- Aprovechar la experiencia previa en continuidad e integración asistencial (12 años).
- Primar la integración asistencial sobre la organizativa. Definición del nuevo modelo asistencial.
- Desarrollo de estrategias transversales que reorienten la planificación estratégica previa.
- Impregnar la organización de los conceptos de integración asistencial, gestión por procesos y mejora continua.

3. Estrategia y análisis

3.1. Líneas estratégicas de actuación

Nuevo Modelo Asistencial a desarrollar en la GASSO en el periodo de planificación.

Concepto:

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 las personas 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 de 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 unidad final.
- Participación comunitaria y alianzas con pacientes, partners y proveedores.
- 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 del momento para conseguir los mejores resultados en la población y no solo en el paciente aislado.
- Disminución de la variabilidad clínica y adaptación a la evidencia científica.



3. Estrategia y análisis

3.1. Líneas estratégicas de actuación

Objetivos del nuevo modelo asistencial:

1. En diez años, toda la asistencia sanitaria debe prestarse con este **nuevo modelo asistencial**. Para 2020 las derivaciones o interconsultas deben ser inferiores al 20% de la actividad.
2. Conseguir la **autosuficiencia** para atender sanitariamente todas las necesidades, tanto en el área como en cualquier unidad, 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.
3. 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. Disminuir las descompensaciones de enfermos crónicos y el número de ingresos hospitalarios.
4. 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.
5. 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.
6. Diagnóstico y **tratamiento eficaz y rápido de los problemas agudos**. Utilización de todas las tecnologías accesibles y disponibles que aporten valor para el conjunto de la actividad asistencial, especialmente las que aumenten la capacidad resolutoria de unidades integradas. Eliminar exploraciones y pruebas repetidas o innecesarias para atender la necesidad asistencial.
7. Creación de **áreas de convalecencia integradas** con unidades de recuperación, rehabilitación y seguimiento ambulatorio para cirugía con ingreso. Aumento de la cirugía mayor ambulatoria hasta el 75% del total en el área.
8. **Utilización responsable de los recursos** disponibles gestionados por los profesionales considerando siempre la limitación de los mismos, su distribución temporal y el objetivo de que aporten el mayor valor posible a la salud de la población.
9. **Fomentar el conocimiento, la investigación y la innovación** en el proceso asistencial y en los modelos organizativos y de gestión.



DÍA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

'Plena Inclusión', con la sanidad de Soria

Asamis ha entregado un 'Kit Plena Inclusión' a distintos centros de SACYL en la provincia.

heraldodesoria.es Actualizada 03/12/2015 a las 20:08

Etiquetas Junta de Castilla y León



Los representantes de Asamis han sido recibidos en el Hospital Santa Bárbara por el gerente de la GIS | JCYL.

La Federación 'Plena Inclusión' en Castilla y León (antes FEAPS) ha celebrado este 3 de diciembre la conmemoración del Día Internacional de las Personas con Discapacidad con los médicos y enfermeras de la provincia soriana. La actividad se ha desarrollado en colaboración con la Consejería de Sanidad, cuyo personal sanitario se ha sumado a este gesto de sensibilización hacia las necesidades de este colectivo.

3. Estrategia y análisis

3.2. Principales impactos, riesgos y oportunidades

PRINCIPALES IMPACTOS

FINANCIEROS

Los exigentes presupuestos de los años precedentes han reducido las ineficiencias del sistema. Como aspectos positivos debemos valorar la reducción del endeudamiento a nivel autonómico y de nuestros centros, la mejora de la solvencia económica y la cultura que ahora impregna toda la organización de priorización en los gastos. La adecuación presupuestaria se ha conseguido fundamentalmente con la reducción de gastos en farmacia, bienes corrientes y servicios y una ligera disminución de retribuciones, afectando en mucha menor medida a las plantillas. Se ha conseguido reducir el presupuesto sin afectar apenas a la prestación de servicios.

Las posibilidades de reducir aún más los presupuestos sin disminuir las prestaciones son ya muy escasas. Debemos considerar, además, que la mejora paulatina de la situación económica general y la sensibilidad social se sumarán para evitar nuevos descensos, siendo previsible un mantenimiento o incluso repuntes de los techos de gasto actuales para los próximos años.

EL CORREO DE BURGOS | DIARIO DE LEÓN | DIARIO DE VALLADOLID | SORIA 3/14°C | VERSIÓN

Provincia
HERALDO-DIARIO DE SORIA Participa en nuestro diario Periodismo ciudadano

Noticias Deportes Multimedia Suplementos Servicios Guía de Empresas Participa

Soria Provincia Castilla y León Opinión Nacional Internacional Economía Cultura Fiestas San Juan Gente Titulares

SANIDAD
Arcos denuncia colapso en la atención en Pediatría

Recorte de una de las dos consultas semanales para atender a 300 niños

Heraldo Diariodesoria.es
24/01/2018

Compartir: f t G+

Anuncio

No tome ni un haber leído es

Laborator

ÚLTIMA HO

22:41. El Rea tras vencer e
22:07. Guard regalo de Mo
22:02. Paco N entendió mi r
18:38. Quién

Enviar

A- A+ B

El medio rural soriano sigue sufriendo el recorte de servicios. En esta ocasión el problema está en el sur de la provincia y se corresponde con la falta de atención sanitaria.

Un grupo de madres del Área de Salud de Arcos de Jalón han alzado la voz de protesta porque el Sacyl ha recortado el número de consultas de Pediatría para la población infantil y desde navidades han pasado de ser dos a la semana a un solo día. Según explicó ayer una de las madres afectadas a HERALDO DIARIO DE SORIA, los responsables sanitarios del Sacyl no han dado una explicación a la población afectada.

Este recorte se ha hecho efectivo desde que la pediatra que pasaba consulta en Arcos ha solicitado su baja por maternidad. Según las mismas fuentes, esta profesional ha sido sustituida por otra pediatra,

RECURSOS HUMANOS

El verdadero impacto en materia de recursos humanos viene motivado por la gran dificultad de reponer bajas por jubilaciones o traslados, de personal médico tanto en Atención Primaria como en Especializada, generando evidente riesgos en la atención. En la actualidad, los mayores problemas se concentran en algunas especialidades hospitalarias como Radiología, Anestesia, Ginecología, Digestivo o para la atención continuada del Servicio de Urgencias Hospitalarias. En Atención Primaria las dificultades no son menores en algunas zonas y presentan especial incidencia las dificultades de Pediatría en el medio rural.

No existen problemas en el corto plazo ni se prevén en los próximos años en el resto de categorías profesionales ya sean asistenciales o no.

Las restricciones presupuestarias parecen que van acabando, dando paso a un incremento de plantillas. En las plazas de contenido asistencial es donde se observan más necesidades en el corto y en el medio plazo. Ya en el propio 2018 está previsto la creación neta de plazas de plantilla en enfermeras, TCAE o celadores.

3. Estrategia y análisis

3.2. Principales impactos, riesgos y oportunidades

PRINCIPALES IMPACTOS

INFRAESTRUCTURAS

Ya en este ejercicio se contempla el inicio de la obras de la FASE II de las obras de reforma y ampliación del Hospital Santa Bárbara de Soria, una obra muy demandada por profesionales, agentes sociales, políticos, asociaciones y la ciudadanía en general. Va a tener un impacto económico muy destacado y sobre todo debe suponer una notable mejora, no solo en el confort, sino también en el modo de atención al paciente en los procesos de atención hospitalaria, introduciendo criterios de eficacia, eficiencia y sostenibilidad en el largo plazo.

En este mismo año, se finalizará la obra del nuevo centro de salud de San Pedro Manrique, una obra muy necesaria en una de la comarcas con menor densidad de población de Europa.

También se prevén actuaciones importantes de construcción de nuevos centros de salud en un centro urbano (Soria Norte) y dos rurales (el Burgo de Osma y San Leonardo de Yagüe). Esto, por una parte, supone mejorar las instalaciones sanitarias y por otra se considera una inversión que fomenta la cohesión y la mejora de los servicios esenciales en el medio rural.

Alimarket

Alimarket.es > Sanidad > Noticias > Castilla y León...

Castilla y León licita la segunda fase del Hospital de Soria por 32 M

ALIMARKET SANIDAD Y DEPENDENCIA 27/12/2017 Hospitales



La Gerencia Regional de Salud de Castilla y León ha sacado a licitación las obras de ampliación y reforma del Complejo Hospitalario de Santa Bárbara, en Soria. El valor estimado del contrato es de 32,1 ME (IVA excluido).

El anuncio de licitación, que ha sido publicado por el Diario Oficial de la Unión Europea, detalla que el proyecto corresponde a una adaptación de la segunda fase del mismo. Así, estas obras dan continuidad a los trabajos que ya se acometieron en una primera etapa.

El contrato tiene una duración prevista de 48 meses, sin opción de ampliación del plazo, y no está dividido en lotes. Las empresas interesadas tienen de plazo hasta el próximo 9 de febrero de 2018 para presentar sus propuestas.

Acuerdo para digitalizar 120.000 historias clínicas de Soria con una inversión de 726.000 euros

EUROPA PRESS 06.07.2017

- La Junta de Castilla y León ha aprobado hoy un gasto de 726.000 euros para la contratación del servicio de digitalización e indexación de las 120.000 historias clínicas custodiadas por el Complejo Asistencial de Soria.

Gracias a este procedimiento se culminará el uso de la historia clínica electrónica entre todos los profesionales del área de salud y se liberarán más de 600 metros cuadrados en el Hospital Santa Bárbara para otros fines asistenciales.

En la actualidad, esas 120.000 historias clínicas se encuentran archivadas en dos espacios físicos en la planta baja del Hospital Santa Bárbara de Soria, y es el propio centro el que se encarga de la gestión y custodia.

Gracias a esta contratación, se pretende en primer lugar culminar el uso de la historia clínica electrónica entre todos los profesionales, eliminando progresivamente los archivos en formato papel.



MÁSTER EN PREVENCIÓN

EQUIPAMIENTOS

La mejora de la situación económica está permitiendo retomar el plan de reposición de equipamiento obsoleto puesto en riesgo, en muchos momentos, durante el periodo de la crisis. Los años 2016 y 2017 han supuesto notables incrementos del ritmo inversor en equipamientos y todo parece indicar que así se continuará en el futuro cercano.

NUEVAS TECNOLOGÍAS

A pesar de las notables dificultades financieras por las que ha atravesado nuestra Gerencia y toda la sanidad en su conjunto, en los años previos de la crisis, hemos seguido dando impulsos decididos en la consolidación de la historia clínica electrónica. En estos momentos, se está desarrollando el proyecto de digitalización de historia clínica, un proyecto estratégico para declarar el hospital sin papel y reforzar la integración asistencial entre AP y AE.

Otro expediente clave para avanzar en la integración organizativa de nuestra Gerencia es el expediente de digitalización de expedientes de personal.

Se sigue trabajando en anillos regionales (UCI), consolidar aplicaciones (Medora) o políticas (receta electrónica o prescripción hospitalaria) o mejorar sistemas de información (Pérsigo o Cont. Analítica).

3. Estrategia y análisis

3.2. Principales impactos, riesgos y oportunidades

PRINCIPALES RIESGOS

- El mayor riesgo que se observa en el corto plazo es la enorme dificultad de reposición de personal médico en nuestra provincia, hasta el punto que puede condicionar la asistencia en determinadas especialidades hospitalaria y con mayor impacto en el medio rural, sobre todo en pediatría.
- Se aprecia una constante disminución de la población en la provincia de Soria en los últimos años. Puede condicionar el escenario financiero, por una parte, y un cambio en la provisión de servicios en las zonas rurales.
- En base al aumento sostenido de la esperanza de vida y el paulatino envejecimiento de la población, se prevé un notable aumento de la demanda en procesos crónicos y pluripatológicos.
- El gasto farmacéutico es muy posible que crezca por encima del PIB y de los presupuestos anuales. Después del año 2012, donde se produjo un ajuste severo de las cuentas de farmacia (receta) se viene observando unos incrementos anuales superiores al 3% para atención a la cronicidad. Pero también la aparición de nuevos medicamentos más eficaces pero también más costosos, para el tratamiento de enfermedades crónicas (la Hepatitis C es un claro ejemplo), «raras» o para pacientes oncológicos pueden condicionar de forma importantes los presupuestos públicos destinados a la sanidad.
- La «aparente» superación de la crisis ha supuesto una enorme demanda de profesionales médicos en todas las regiones. El escaso atractivo que presenta nuestra provincia para personas provenientes de otros lugares hace que las bajas sean continuas y las rotaciones demasiado habituales. Esta inestabilidad produce problemas coyunturales cada vez más frecuentes.
- El aumento de la edad de los profesionales asociado a problemas de salud laboral junto con la necesidad de mantener un importante servicio de guardias (tanto en AP como en AE) está generando problemas considerables de cobertura de servicios considerados mínimos por la población.



La sangría poblacional se agrava: Soria cae hasta los 88.830 habitantes

La provincia pierde en el último año 1.210 pobladores según los datos del Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2017.

heraldodesoria.es Actualizada 26/04/2017 a las 11:44
Etiquetas Soria. Despoblación



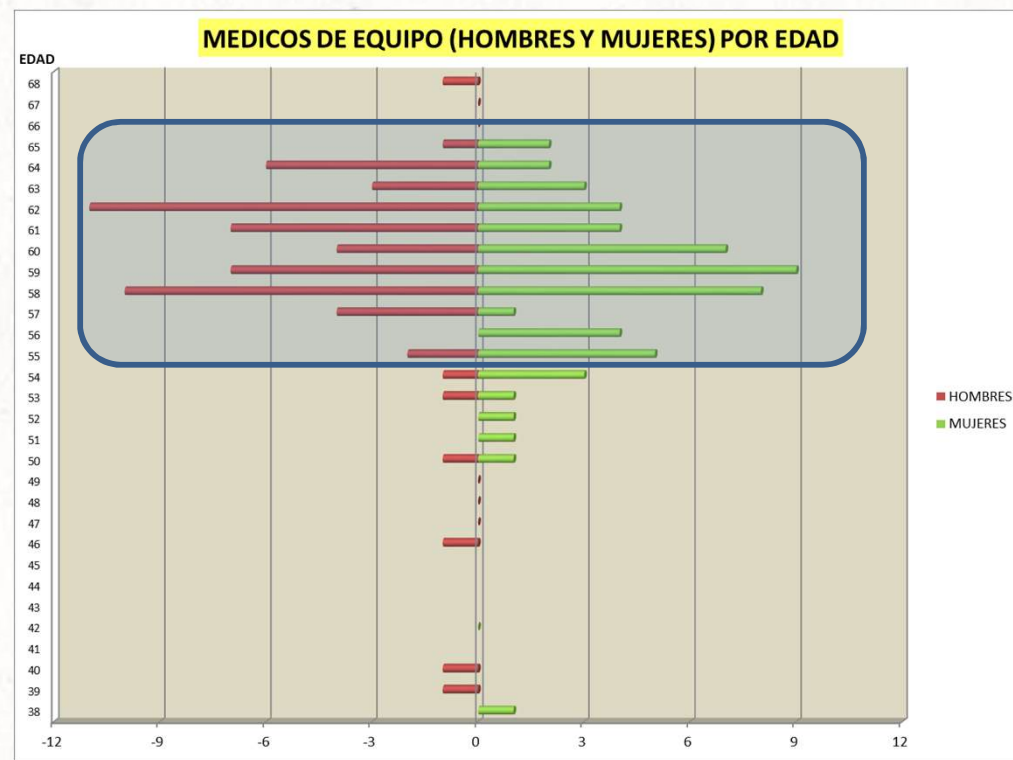
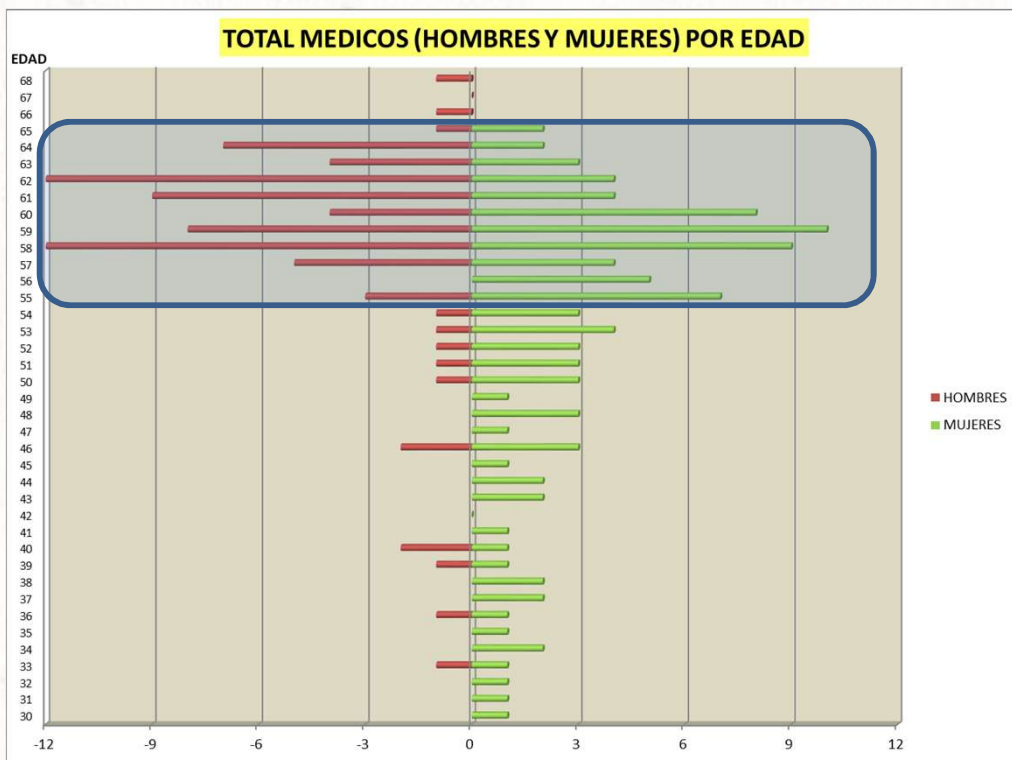
La despoblación afecta especialmente a los municipios más pequeños de la provincia soriana donde ya sólo residen personas de avanzada edad | Luis Ángel Tejedor

La sangría poblacional iniciada en 2010, lejos de frenarse, se intensifica en Soria. Si la provincia cayó el pasado año por debajo de la barrera de los 90.000 habitantes, este ejercicio la cifra de pobladores desciende hasta los 88.830 pobladores. según el avance de de la estadística del padrón continuo a 1

3. Estrategia y análisis

3.2. Principales impactos, riesgos y oportunidades

PRINCIPALES RIESGOS



- El primer gráfico se corresponde con el total de médicos de Atención Primaria de Soria. La gran mayoría del colectivo se encuentra por encima de los 55 años y los efectivos por años habitualmente no superan las dos unidades. Por tanto, y como se puede comprobar sin demasiado esfuerzo, no parece estar garantizado el relevo generacional necesario.
- Pero si analizamos los médicos que en este momento desempeñan las plazas denominadas «de equipo» el análisis es completamente desolador; solamente hay 14 médicos con una edad inferior a 55 años y serían 105 los que tienen una edad superior al corte de los 55 años. El futuro resulta muy sombrío en este colectivo, clave por otra parte, para la prestación de un servicio esencial como es la sanidad.

Médicos de Soria alertan de la dificultad de reponer las 300 jubilaciones de sus profesionales en 15 años

EUROPA PRESS 07.03.2017



• El Colegio Oficial de Médicos de Soria ha alertado de que en 15 años se jubilarán 300 de los 429 profesionales que están actualmente al año, así como de la dificultad de reponer dichas plazas.



3. Estrategia y análisis

3.2. Principales impactos, riesgos y oportunidades

PRINCIPALES OPORTUNIDADES

- En los próximos años, debemos asistir a la **consolidación del modelo de integración entre Atención Primaria y Especializada**. Esto debe conducir a una atención al ciudadano más resolutive, más cercana, más integral y más eficaz.
- La **construcción de las nuevas infraestructuras** ya mencionadas en el punto anterior es una oportunidad de mejorar las instalaciones sanitarias de nuestra provincia. Esto no solo va a mejorar el confort sino que va a generar una completa renovación tecnológica de un equipamiento, en algunos casos ya obsoleto. Además, ya hay previsto la creación de algunos servicios como Rehabilitación Cardíaca o Unidad del dolor, no existentes en estos momentos por falta de espacios adecuados.
- La situación de crisis vivida estos años ha favorecido la **eficiencia y la innovación**.
- La recuperación económica y los actuales techos de gasto (dos años consecutivos de cumplimiento) nos han permitido tener una adecuada planificación de las necesidades con **incrementos de plantilla** para el año 2018.
- Las posibilidades de desarrollo profesional de nuestros trabajadores a través de la **gestión clínica, la formación continuada, la investigación, la integración asistencial, la gestión por procesos, los programas de calidad** y los nuevos modelos asistenciales.
- La **expansión de las tecnologías de la información** y las redes sociales como cauce de comunicación con organizaciones similares o con nuestros grupos de interés. El desarrollo de la nueva página web de la GASSO contribuirá a lograr estos objetivos.
- La **nueva Ley de Contratos del sector público** nos va a permitir seguir mejorando en dos objetivos fundamentales en nuestra Gerencia: una mayor transparencia y la utilización de la plataforma electrónica para todos los procesos de contratación. La aplicación de esta Ley va a suponer un esfuerzo extraordinario, pero es probable que al incrementar la transparencia y la competencia podamos generar una nueva reducción de precios y por tanto una mayor eficiencia.
- El **asociacionismo creciente de pacientes y familiares** que favorecen las alianzas y la formación de los pacientes y los cuidadores.
- En estos momentos se está trabajando junto con el campus de la Universidad de Valladolid en Soria en la futura conversión de nuestro complejo asistencial en **hospital universitario**. Ello contribuiría sin duda a fomentar la investigación, la docencia, la formación y en consecuencia un mayor atractivo para nuevos profesionales que se incorporen a nuestros centros.



4. Ética e integridad

4.1. Valores, principios y normas de conducta

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.

FACTORES CLAVES DE ÉXITO

- Adaptación a las condiciones sociodemográficas de la provincia.
- Autosuficiencia asistencial y sostenibilidad financiera.
- Gestión a través de Procesos Asistenciales Integrados.
- Estrategias globales de mejora de calidad y seguridad del paciente.
- Desarrollo tecnológico adaptado a la capacidad resolutoria.
- Investigación e innovación.
- El trabajo en equipo y la participación y motivación de los profesionales.
- Implicación bidireccional con la comunidad y el entorno



4. Ética e integridad

4.1. Valores, principios y normas de conducta

PRINCIPIOS ETICOS

RESPONSABILIDAD. Asumir las consecuencias de las decisiones y actividades que realizamos de forma consciente e intencionada, orientarlas hacia las buenas prácticas en asistencia, docencia, investigación, salud laboral y gestión, y ser capaces de rendir cuentas y reconocer los accidentes o los errores que puedan producirse, estudiar sus causas y a poner los medios oportunos para evitar su reiteración.

RESPECTO. Atender a la dignidad del paciente, centro de la organización, como persona, sin discriminación por razones de edad, sexo, raza, condición social, ideas, creencias o discapacidades de cualquier tipo, teniendo en cuenta en todo momento sus derechos, con especial atención a las personas más vulnerables.

Proporcionar la identificación de los trabajadores a los pacientes y a su familia, y transmitir una sensación de compromiso, honestidad y confianza en las relaciones.

Promover el rechazo de conductas que comporten riesgos psicosociales (acoso psicológico o moral), en el contexto de una adecuada política de evaluación y control de los riesgos laborales.

INTEGRIDAD. Cumplir con nuestros compromisos y respetar a los grupos de interés con los que nos relacionamos y comportarnos con ellos de forma honesta, recta y transparente todos los días y en todas nuestras actividades; entendemos que ser íntegros es tanto una exigencia profesional como personal.

TRANSPARENCIA. Explicar, sin duda o ambigüedad, el manejo de los recursos de la organización en beneficio de la población, respondiendo de su gestión ante sus grupos de interés y la sociedad en su conjunto.

Instaurar herramientas para la comunicación de los errores y reacciones adversas con la finalidad de implantar acciones correctoras y medidas de control.

PROFESIONALIDAD. Mantener y actualizar el grado de conocimientos, habilidades y actitudes adecuados al nivel de competencia profesional requerida, mediante la búsqueda de la excelencia fundamentada en la medicina basada en la evidencia.

Participar de forma activa en programas de fomento de hábitos saludables, prevención y educación, cooperación con entornos docentes y en programas de formación y proyectos de investigación.

TRABAJO EN EQUIPO. Actuar promoviendo sinergias entre aquellas personas con habilidades complementarias, comprometidos con un propósito común, con una serie de metas de desempeño y con un método de trabajo del cual todos ellos son mutuamente responsables.

Establecer la continuidad asistencial como enfoque multidisciplinar .

Alcanzar que de los esfuerzos individuales resulte un desempeño mayor que la suma de dichas aportaciones individuales.

CAPITAL HUMANO EMPRENDEDOR. Ofrecer servicios de atención a la salud de alta calidad técnica y asistencial, generando ideas y actitudes innovadoras, y gestionando el camino hacia la excelencia mediante nuevos productos, servicios y procesos.

CONFIDENCIALIDAD. Respetar el derecho del paciente, su familia y el de otros grupos de interés a que todos aquellos que lleguen a conocer sus datos, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de la organización, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto al no revelarlos a terceros sin su consentimiento.

EQUIDAD. Evitar cualquier acto discriminatorio en la asistencia o en la distribución de los recursos sanitarios asignados, lo que conlleva una dimensión moral y ética, ya que con ello se pretende remediar aquellas diferencias en salud que no sólo son innecesarias y evitables, sino también injustas.

EFICIENCIA. Obtener el máximo rendimiento posible de los recursos, que la sociedad pone a nuestra disposición, en el desarrollo de nuestras actividades y en la consecución de nuestros objetivos, por lo que entendemos la eficiencia como un valor económico, medioambiental y social con la calidad como modelo de gestión integral, exigencia individual y colectiva.

5. Gobernanza

5.1. Estructura de gobierno de la organización

El Decreto 42/2016 de 10 de noviembre, por el que se establece la organización y funcionamiento de la Gerencia Regional de Salud, dispone una nueva organización de los servicios periféricos de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, cuyo objetivo es la creación, en cada Área de Salud, de una gerencia integrada, las denominadas **Gerencias de Asistencia Sanitaria**, que vienen a sustituir a las actuales Gerencias de Salud de Área y la subdivisión entre Gerencias de Atención Primaria y Gerencias de Atención Especializada, de tal forma que a través de las gerencias integradas se van a gestionar todos los recursos de todos los niveles asistenciales, lo que va a conllevar, no sólo una reducción y simplificación de estructuras, sino sobre todo una mayor integración y mejor coordinación funcional entre los niveles asistenciales de primaria y especializada del Servicio Público de Salud de Castilla y León.

El Artículo 15 de Decreto 42/2016 al respecto de las GAS señala lo siguiente:

1.

•La Gerencia de Asistencia Sanitaria es la institución sanitaria que, en el ámbito del Área de Salud, asume de forma integrada la gestión de los recursos, prestaciones, planes y programas de atención sanitaria en los niveles de atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria y de protección de la salud.

2.

•Las Gerencias de Asistencia Sanitaria, dependen orgánicamente del Presidente de la Gerencia Regional de Salud y funcionalmente de los restantes órganos directivos y unidades orgánicas centrales de la misma, así como de la coordinación e impulso de los correspondientes Delegados/as Territoriales de la Junta de Castilla y León.

3.

•Mediante orden de la Consejería competente en materia Sanidad se desarrollará la estructura y organización de las Gerencias de Asistencia Sanitaria incorporando un modelo organizativo que facilite la gestión por procesos y la mayor integración entre los niveles de atención primaria y atención especializada.

4.

•La estructura de cada Gerencia de Asistencia Sanitaria se adecuará, a través de la plantilla orgánica, a las características y complejidad de los servicios, unidades y funciones a desarrollar en cada una de ellas.

5. Gobernanza

5.1. Estructura de gobierno de la organización

FUNCIONES DEL GERENTE DE ASISTENCIA SANITARIA

Al frente de cada Gerencia de Asistencia Sanitaria existirá un Gerente de Asistencia Sanitaria, que será nombrado mediante el sistema de libre designación, conforme se prevea en las correspondientes plantillas, por el Consejero de Sanidad. Le corresponde al Gerente de Asistencia Sanitaria en el ámbito de su Área de Salud:

- a) *La representación de la Gerencia Regional de Salud y la superior autoridad y responsabilidad de los centros y servicios dependientes de la Gerencia de Asistencia Sanitaria conforme a lo establecido en este decreto.*
- b) *La dirección, gestión, organización y evaluación de los centros y servicios de la Gerencia Regional de Salud adscritos al Área de Salud.*
- c) *La dirección, coordinación, supervisión y desarrollo de planes y actuaciones de acuerdo con las necesidades definidas por los órganos competentes de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud.*
- d) *La dirección y gestión de los recursos humanos, económicos, materiales y financieros adscritos a la Gerencia de Asistencia Sanitaria.*
- e) *El impulso de las unidades y áreas de gestión clínica, como instrumento para la mejora de la calidad de servicios.*
- f) *Las funciones correspondientes a la inspección sanitaria y a la gestión administrativa de las prestaciones sanitarias que la precisen.*
- g) *La colaboración con las entidades y estructuras competentes para la coordinación de la asistencia sanitaria con los servicios sociales.*
- h) *La resolución de los expedientes relativos a recursos, denuncias, reclamaciones y sugerencias en el ámbito de sus competencias de acuerdo con la normativa de aplicación.*
- i) *El impulso y fomento de la docencia.*
- j) *El impulso de los programas de mejora continua de la calidad y seguridad del paciente.*
- k) *El impulso y fomento de la investigación, desarrollo e innovación y la transferencia del conocimiento sanitario.*
- l) *El impulso de un sistema de información integrado que garantice la gestión integrada y el seguimiento de los procesos.*
- m) *Cualquier otra que se le atribuya en el ámbito de sus competencias.*

5. Gobernanza

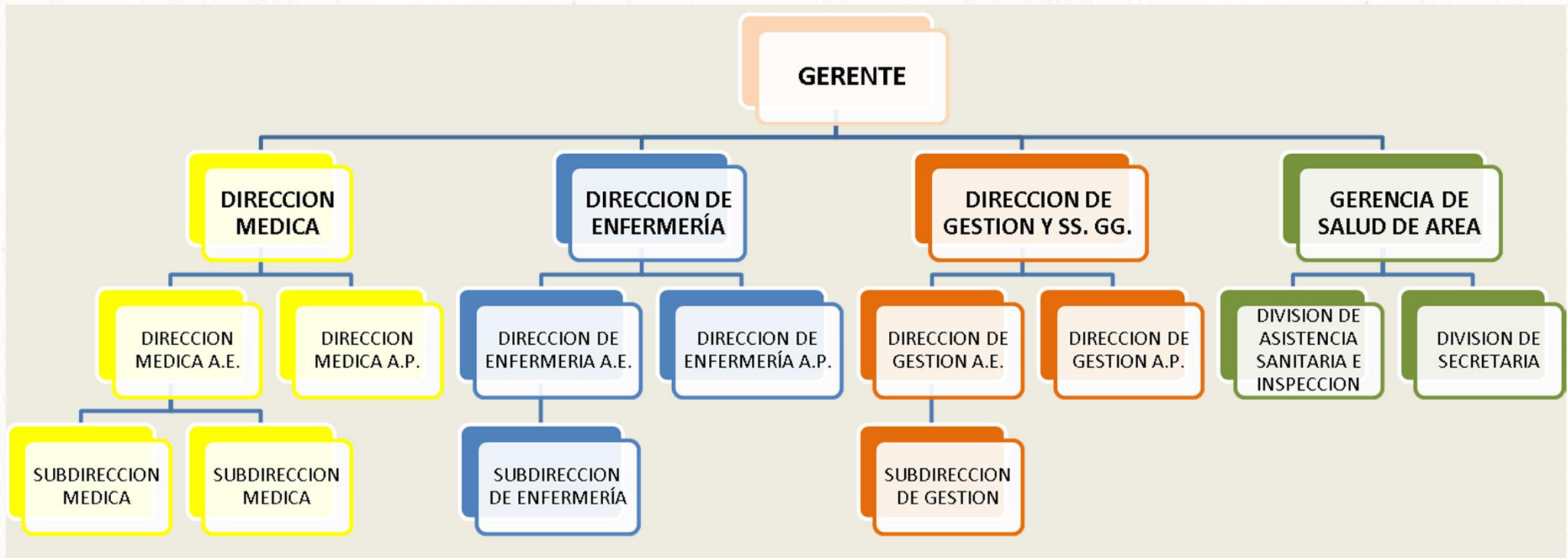
5.1. Estructura de gobierno de la organización

ESTRUCTURA DIRECTIVA

El Artículo 15.3 del Decreto 42/2016 dispone que se desarrollará la estructura y organización de las nuevas GAS. En el momento de elaboración de esta Memoria todavía no se ha producido este desarrollo.

Por tanto, opera la Disposición Transitoria Segunda según la cual *Hasta que se desarrolle la estructura de las Gerencias de Asistencia Sanitaria (...) ésta se corresponderán con la establecida en el Decreto 24/2003, de 6 de marzo, por el que se desarrolla la estructura orgánica de los servicios periféricos de la Gerencia Regional de Salud y en el Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento General sobre estructura, organización y funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social,*

De acuerdo con todo lo anterior, el organigrama orgánico vigente, aunque de escasa aplicación práctica, sería el siguiente:

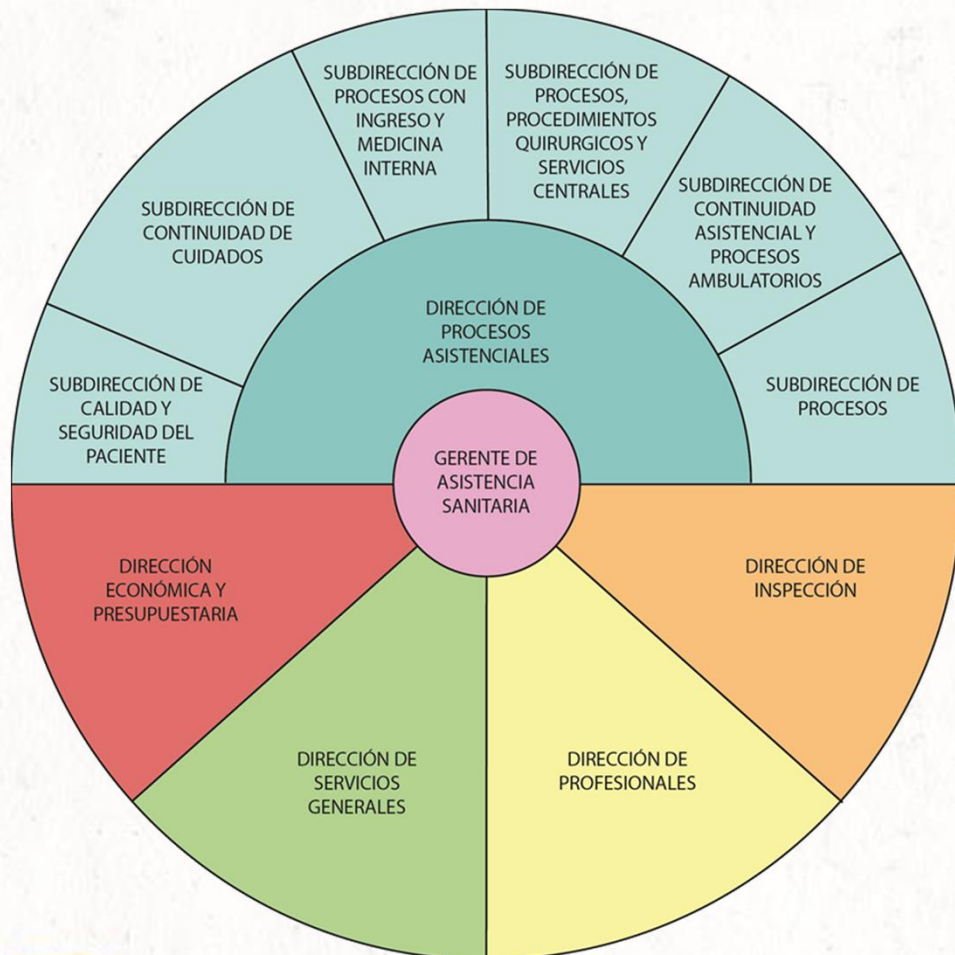


5. Gobernanza

5.1. Estructura de gobierno de la organización

No obstante lo anterior, la GASSO tiene un organigrama de carácter funcional por el que se viene organizando en los últimos años.

El **Organigrama directivo** persigue la integración asistencial y organizativa, aumentar la capacidad resolutive 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. Se organiza con carácter funcional, y a partir de las antiguas plantillas de las gerencias de origen, hasta que se defina por la Gerencia Regional de Salud, la estructura periférica de la misma y consiguientemente de las Gerencias de Asistencia Sanitaria.



ESTRUCTURA DIRECTIVA

DIRECTORIO DEL EQUIPO DIRECTIVO DE LA GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA		
		Plantilla procedencia
GERENTE DE ASISTENCIA SANITARIA	Enrique DELGADO RUIZ	Atención Primaria
DIRECTOR DE PROCESOS ASISTENCIALES	VACANTE	
Subdirectora de Procesos	María Luisa SANZ MUÑOZ	Atención Hospitalaria
Subdirector de Continuidad Asistencial y Procesos Ambulatorios	F. Javier IGLESIAS GÓMEZ	Atención Primaria
Subdirector de Procesos, Procedimientos Quirúrgicos y Servicios Centrales	José Luis PÉREZ PÉREZ	Atención Hospitalaria
Subdirectora de Procesos con Ingreso y Medicina Interna	Marta LEÓN TÉLLEZ	Atención Hospitalaria
Subdirectores de Continuidad de Cuidados		
Ámbito atención primaria	M ^ª Victoria ÁLVAREZ CÁMARA	Atención Primaria
Ámbito atención hospitalaria	Luis Alberto GARCÍA SANZ	Atención Hospitalaria
Subdirector de Calidad y Seguridad del Paciente	José M ^ª SIERRA MANZANO	Atención Hospitalaria
DIRECTOR ECONÓMICO FINANCIERO	José Luis VICENTE CANO	Atención Hospitalaria
DIRECTOR SERVICIOS GENERALES	Carlos ALCAINA SÁNCHEZ	Atención Primaria
DIRECTOR DE PROFESIONALES	Luis LÁZARO VALLEJO	Atención Hospitalaria
DIRECTOR DE INSPECCIÓN	Miguel A. IGLESIAS GÓMEZ	Área

5. Gobernanza

5.1. Estructura de gobierno de la organización

COMISION DE DIRECCION

La Comisión de Dirección es el órgano colegiado de dirección de la Gerencia de Asistencia Sanitaria. Esta formada de manera permanente por todos los miembros del Equipo Directivo. Pueden ser invitados ocasionalmente otras personas de la organización como Jefes de Servicios o los máximos responsable de las Unidades.

Según el ya antiguo 521/87 (aunque sigue vigente), corresponde a la Comisión de Dirección las siguientes funciones:

- a) Estudiar los objetivos sanitarios y los planes económicos del hospital, instrumentando programas de dirección por objetivos.
- b) Realizar el seguimiento de las actividades de los servicios y unidades del hospital.
- c) Estudiar las medidas pertinentes para el mejor funcionamiento de los servicios y unidades del hospital en el orden sanitario y económico, y su ordenación y coordinación interna y en relación con las necesidades del Área de Salud a la que esté adscrito.
- d) Análisis y propuestas sobre el presupuesto anual del hospital y la política de personal.
- e) Estudiar y, en su caso, impulsar las propuestas que le eleven la Junta Técnico-Asistencial y la Comisión de Participación Hospitalaria.
- f) Establecer cuantas medidas sean necesarias para la humanización de la asistencia

A las anteriores se pueden añadir algunas otras que estando implícitas en la norma, se adaptan en mayor medida a los nuevos tiempos, como:

- Aprobar y evaluar (anualmente y al final de su vigencia) el Plan Estratégico y los Planes de Mejora de la Gerencia.
- Aprobar las Autoevaluaciones y Memorias EFQM, así como las acreditaciones de calidad.
- Propuesta de objetivos, actuaciones y seguimiento de PAG y de planes de la Comunidad (Plan de Salud, Perycles, etc.).
- Aprobar Pactos de objetivos anuales de las unidades, Proyectos y Programas anuales de las Unidades de Gestión Clínica y evaluación de los mismos.
- Elaborar la Memoria Anual.
- Aprobar el Programa de Formación Continuada y los Calendarios laborales.
- Seguimiento de indicadores y resultados claves.
- Aprobar los procesos asistenciales integrados y su implantación y seguimiento.
- Informar cualquier instrucción que la Gerencia o las Direcciones emitan. También las informaciones y herramientas de comunicación, incluyendo la actualización de la intranet y la página web y el Boletín bimensual de la Gerencia.
- Preparar las reuniones de los órganos de participación y representación.
- Impulsar el desarrollo de las estrategias de la Gerencia. Plantear nuevas acciones de desarrollo de las mismas.
- Asegurar el conocimiento de todos sus miembros de las actividades de cada una de las áreas de la dirección.
- Cualquier otra que le pueda encargar la Dirección.



5. Gobernanza

5.1. Estructura de gobierno de la organización

OTROS ORGANOS DE PARTICIPACION Y ASESORAMIENTO

El **Consejo de Salud de Área** es el órgano colegiado de participación en el ámbito del Área de Salud, con carácter consultivo y en el que deberán estar representados, en todo caso, la Administración sanitaria de la Comunidad Autónoma, las organizaciones sindicales y empresariales más representativas, las asociaciones de consumidores y usuarios y las asociaciones de vecinos. Este órgano promoverá la participación en el Área, podrá plantear propuestas y recomendaciones a los órganos directivos de su ámbito, se le dará conocimiento de los correspondientes planes anuales de gestión, del anteproyecto de Plan de Salud.



El **Consejo de Salud de Zona** es el órgano colegiado de participación en el ámbito de la Zona Básica de Salud, con carácter consultivo y en el que deberán estar representados, en todo caso, el equipo de atención primaria, el equipo de salud pública, los ayuntamientos de los municipios de mayor población de la Zona Básica de Salud, las organizaciones sindicales más representativas, las organizaciones empresariales más representativas, de los vecinos, de los consumidores y usuarios y representantes del ámbito educativo.

En el ámbito hospitalario, como órgano de asesoramiento funciona la Junta Técnico Asistencial, con la siguiente composición:

- a) El Director Médico, que será su Presidente.
- b) El Director de Enfermería.
- c) Los Subdirectores Médicos, en su caso.
- d) Un Jefe de Servicio o de Departamento y un Facultativo por cada una de las siguientes áreas de actividad: Medicina, Cirugía, Servicios Centrales, Ginecología-Obstetricia y Pediatría. Estos Vocales serán elegidos por votación de los Facultativos especialistas de las correspondientes unidades o servicios.
- e) Un Supervisor de Enfermería y un Ayudante Técnico Sanitario o Diplomado en Enfermería, Practicante, Matrona, Enfermera o Fisioterapeuta, elegidos por votación entre los componentes de los servicios o unidades de la División de Enfermería.
- f) Un Asistente Social o, en su defecto, el responsable del Servicio de Atención al Paciente, elegido por votación entre los componentes del mismo.
- g) Un Médico Residente, elegido por votación entre los mismos, si los hubiera en el hospital.

Tendrá como funciones básicas la de informar y asesorar a la Comisión de Dirección en todas aquellas materias que incidan directamente en las actividades asistenciales del hospital, en la información de los planes anuales de necesidades y en la elaboración y propuesta a la Comisión de Dirección de acciones y programas para mejora de la organización, funcionamiento y calidad del hospital y sus servicios y unidades.

CONSEJOS DE SALUD ZBS. NÚMERO DE REUNIONES					
ZONA BÁSICA DE SALUD	2013	2014	2015	2016	2017
Agreda	3	3	0	0	0
Almazán	0	0	1	1	0
Arcos de Jalón	0	1	1	0	1
Berlanga de Duero	1	3	3	1	0
Burgo de Osma	3	3	3	3	3
Covalada	3	0	2	1	2
Gómara	3	3	3	3	3
Olvega	1	0	0	0	0
San Esteban de Gormaz	3	3	3	3	3
San Leonardo de Yagüe	2	2	2	1	1
San Pedro Manrique	3	3	3	2	2
Soria Norte	3	3	3	3	3
Soria Sur	3	3	3	3	3
Soria Rural	1	0	1	0	0
Total	29 (69%)	27(64%)	28 (67%)	21 (50%)	21 (50%)

5. Gobernanza

5.1. Estructura de gobierno de la organización

ORGANOS DE REPRESENTACION

Los órganos específicos de representación del personal funcionario y estatutario son los Delegados de Personal y las Juntas de Personal. Cada Junta de Personal se compone de un número de representantes, en función del número de funcionarios de la Unidad electoral correspondiente y tendrá como funciones principales:

- Recibir información, sobre la política de personal, así como sobre los datos referentes a la evolución de las retribuciones, evolución probable del empleo en el ámbito correspondiente y programas de mejora del rendimiento.
- Emitir informe, a solicitud de la Administración Pública correspondiente, sobre el traslado total o parcial de las instalaciones e implantación o revisión de sus sistemas de organización y métodos de trabajo.
- Ser informados de todas las sanciones impuestas por faltas muy graves.
- Tener conocimiento y ser oídos en el establecimiento de la jornada laboral y horario de trabajo, así como en el régimen de vacaciones y permisos.
- Vigilar el cumplimiento de las normas vigentes en materia de condiciones de trabajo, prevención de riesgos laborales, Seguridad Social y empleo y ejercer, en su caso, las acciones legales oportunas ante los organismos competentes.
- Colaborar con la Administración correspondiente para conseguir el establecimiento de cuantas medidas procuren el mantenimiento e incremento de la productividad.

Los órganos de representación unitarios son elegidos por las y los trabajadores a través de votación cada 4 años.

El órgano de representación del personal laboral de la GASSO es el Comité de Empresa. Sus funciones son similares a las reseñadas para la Junta de Personal.

Composición Órganos de representación y reuniones mantenidas en 2017

Organización Sindical	Junta de Personal	Comité Empresa	Comité Seguridad y Salud
CESM	4	1	1
SATSE	5		1
UGT	4	2	1
CSI-F	3	1	1
CCOO	4	1	1
USAE	2		
CGT	1		
ADMINISTRACIÓN			5
TOTAL	23	5	10

Reuniones mantenidas	Junta de Personal		Comité Empresa		Comité Seguridad y Salud
	Pleno	RR.HH.	Pleno	RR.HH.	
	8	6	3	6	5



Comité de Seguridad y Salud

Es el órgano de **participación y consulta** del Área de Salud en materia de **prevención de riesgos laborales**. Está constituido por los Delegados de Prevención y, en igual número, representantes de la empresa.

Los **Delegados de Prevención** son designados por las Organizaciones Sindicales presentes en las Juntas de Personal y en los Comités de Empresa.

Se reúne **trimestralmente** y siempre que lo solicite alguna de las representaciones.

¿Qué se hace en el Comité de Seguridad y Salud del Área?

COMPETENCIAS	FACULTADES
<p>Participar en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de los planes y programas de prevención de riesgos en la empresa.</p> <p>Promover iniciativas sobre métodos y procedimientos preventivos de riesgos laborales, así como proponer a la empresa la mejora de las condiciones o corrección de las deficiencias existentes.</p>	<p>Conocer directamente la situación relativa a la Prevención de Riesgos en el centro de trabajo, realizando a tal efecto las visitas que estime oportunas.</p> <p>Conocer cuantos documentos e informes sean necesarios para el cumplimiento de sus funciones, incluyendo los que emita el Servicio de Prevención.</p> <p>Conocer y analizar los daños producidos en la Salud o en la integridad física de los trabajadores al efecto de valorar sus causas y proponer medidas preventivas.</p> <p>Conocer e informar la memoria y la programación anual de servicios de prevención en la empresa o centro de trabajo.</p>

Los participantes en el Comité están obligados a observar **sigilo profesional** respecto de las informaciones a que tuviesen acceso como consecuencia de sus actuaciones en la empresa, no pudiendo utilizarlas para otras finalidades.

ORGANIZACIONES SINDICALES CON DELEGADOS DE PREVENCIÓN

DELEGADOS DE PREVENCIÓN

Comité de Seguridad y Salud (de Área de Salud)	Delegados de Prevención
ÁVILA	6
BIZKAIA	5
BURGOS	8
LEÓN	8
PALENCIA	6
SALAMANCA	8
SEGOVIA	5
SORIA	5
VALLADOLID ESTE	7
VALLADOLID OESTE	7
ZAMORA	6
TOTAL	71

Normativa Aplicable

- Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 30/2002)
- Decreto 143/2000 de Adaptación de la legislación de Prevención de Riesgos Laborales a la Administración de Castilla y León (Act. 20)
- modificado por Decreto 44/2005
- ORDEN PAT/1151/2005 de Creación de los Comités de Seguridad y Salud en el ámbito de la Gerencia Regional de Salud

Junta de Castilla y León | Sacyl



5. Gobernanza

5.2. Otros órganos de representación y participación

La GASSO tiene 16 comisiones corporativas que constituyen un órgano clave para favorecer la participación de los profesionales en la planificación y gestión, enfocadas principalmente a aportar conocimiento y propuestas de organización y priorización a la Dirección.

Estas Comisiones serían las siguientes:

- Comisión de Formación Continuada.
- Comisión de Docencia.
- Comisión del Bloque Quirúrgico.
- Comisión de Farmacia y Terapéutica.
- Comisión de Mortalidad, Tejidos y Tumores.
- Comisión de Historias Clínicas
- Comisión de Nuevas Tecnologías.
- Comisión de Compras.
- Comisión de Uso Racional del Medicamento.
- Comisión de Biblioteca.
- Comisión de Oxigenoterapia.
- Comisión de Funcionarios Interinos.
- Comité de Ética Asistencial.
- Comisión de Cuidados Paliativos.
- Comisión de Seguridad del Paciente.
- Comisión de Transporte Sanitario.
- Comisión de Trasplantes.
- Comisión de Expurgo de documentos administrativos

ORGANOS DE REPRESENTACION. COMISIONES



6. Participación de los grupos de interés

6.1. Lista de grupos de interés.

Los grupos de interés representan una parte fundamental en la organización de cualquier empresa.

El término Stakeholder lo acuñó R. Edward Freeman y lo definió como *todas aquellas personas o entidades que pueden afectar o son afectados por las actividades de una empresa*. Stakeholder significa en español: “participante”, “inversor”, “accionista” y es el término utilizado para referirnos a los principales grupos de interés de cualquier empresa. Resulta obvio que las decisiones y objetivos cualquier institución pueden afectar de manera positiva o negativa a nuestros grupos de interés.

Por ello, resulta tan importante identificar cuáles son los grupos de interés de una empresa y sus necesidades y expectativas. Esto debe facilitar los procesos de integración de la responsabilidad social a las distintas áreas de la organización y su entorno, nos permitirá medir los impactos, conocer las áreas de oportunidad al momento de reducir riesgos, mejorar la reputación corporativa e incluso generar nuevas oportunidades de negocio.

RELACIÓN DE GRUPOS DE INTERÉS



6. Participación de los grupos de interés

6.2. Enfoque para la participación de los grupos de interés.

TABLA DE GRUPOS DE INTERÉS

Con el objeto de analizar la participación de los principales grupos de interés, nuestra Gerencia ha elaborado una Tabla de estos grupos donde se analizan aspectos esenciales de las relaciones:

- Necesidades/expectativas.
- Fuentes de información.
- Responsable del seguimiento.
- Frecuencia .
- Quién analiza la información generada.



GRUPO DE INTERÉS	NECESIDADES / EXPECTATIVAS	FUENTES DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN
Ciudadanía (clientes)	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad. • Resultados en salud • Elementos tangibles • Capacidad de respuesta • Seguridad • Fiabilidad • Empatía • Efectividad • Información • Coordinación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacto directo con los usuarios. ▪ Asociaciones de pacientes ▪ Encuestas de detección de necesidades ▪ Reclamaciones y sugerencias ▪ Encuestas de satisfacción ▪ Barómetro sanitario ▪ Registro de incidentes ▪ Grupos focales (consejos de salud). ▪ Indicadores del proceso de atención. ▪ Página web 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Personas de la organización. ❖ Responsable de procesos ❖ Equipo directivo ❖ Ger.Reg. de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contacto diario continuo ✓ Reclamaciones y sugerencias (continua). ✓ Encuestas bienales. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipo directivo. ➤ Personas
Sociedad	<ul style="list-style-type: none"> • Universalidad. • Equidad • Sostenibilidad • Eficiencia • Excelencia • Innovación • Participación • Comunicación externa. • Investigación. • Docencia" 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacto directo representantes sociales ▪ Medios de comunicación ▪ Grupos focales (consejo de salud, residentes, pregrado) ▪ Foros, congresos, grupos de trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Equipo directivo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consejo de salud (3 reuniones / año) ✓ Encuestas anual/bienal" 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipo directivo. ➤ Personas

6. Participación de los grupos de interés

6.2. Enfoque para la participación de los grupos de interés.

TABLA DE GRUPOS DE INTERÉS

GRUPO DE INTERÉS	NECESIDADES / EXPECTATIVAS	FUENTES DE INFORMACIÓN	RESPONSABLE	FRECUENCIA	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN
Administración sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Universalidad • Equidad • Sostenibilidad • Eficiencia • Excelencia • Alineación de objetivos • Cumplimiento objetivos • Resultados en salud." 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan Anual de Gestión GRS ▪ Plan Estratégico GRS ▪ Plan de Calidad GRS ▪ Reuniones ▪ Normativa legal 	❖ Equipo directivo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plan de Gestión (anual) ✓ Plan estratégico (cuatrimestral) ✓ Plan de calidad 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipo directivo ➤ Personas
Personas	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de vida profesional • Capacidad científico-técnica • Dinámica de equipo • Salud laboral • Participación • Motivación • Reconocimiento • Promoción profesional • Comunicación interna 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacto directo con las personas ▪ Reuniones con la Unidad ▪ Comisiones. ▪ Representantes de los trabajadores ▪ Reclamaciones y sugerencias (buzón) ▪ Plan de acogida ▪ Encuesta de satisfacción laboral ▪ Cuestionario bournout. ▪ Boletín informativo, intranet. ▪ Agencias externas (efr) 	❖ Equipo directivo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contacto personal diario ✓ Encuestas bienales ✓ Comisiones(según convocatoria) ✓ Reclamaciones y sugerencias (continua) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipo directivo
Aliados	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación • Complementariedad • Crecimiento • Satisfacción • Información 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacto directo ▪ Premios anuales 	❖ Equipo directivo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación anual ✓ Contacto continuo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipo directivo ➤ Personas
Proveedores	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación • Comunicación • Continuidad • Agilidad en el pago • Desarrollo de nuevos servicios • Innovación • Investigación • Formación • Proveedores locales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacto directo ▪ Procedimientos de contratación. ▪ Registro y evaluación de proveedores ▪ Premios anuales 	❖ Equipo directivo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Según necesidades 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dirección de Gestión ➤ Equipo directivo ➤ Personas
Administración local	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación • Información • Coordinación • Participación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacto directo ▪ Reuniones ▪ Normativa 	❖ Equipo directivo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Según necesidades 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipo directivo

6. Participación de los grupos de interés

6.2. Enfoque para la participación de los grupos de interés.

CLASIFICACION DE LOS GRUPOS DE INTERÉS

Una vez determinados los grupos de interés, conviene conocer varios aspectos asociados a la relación con los mismos., tales como

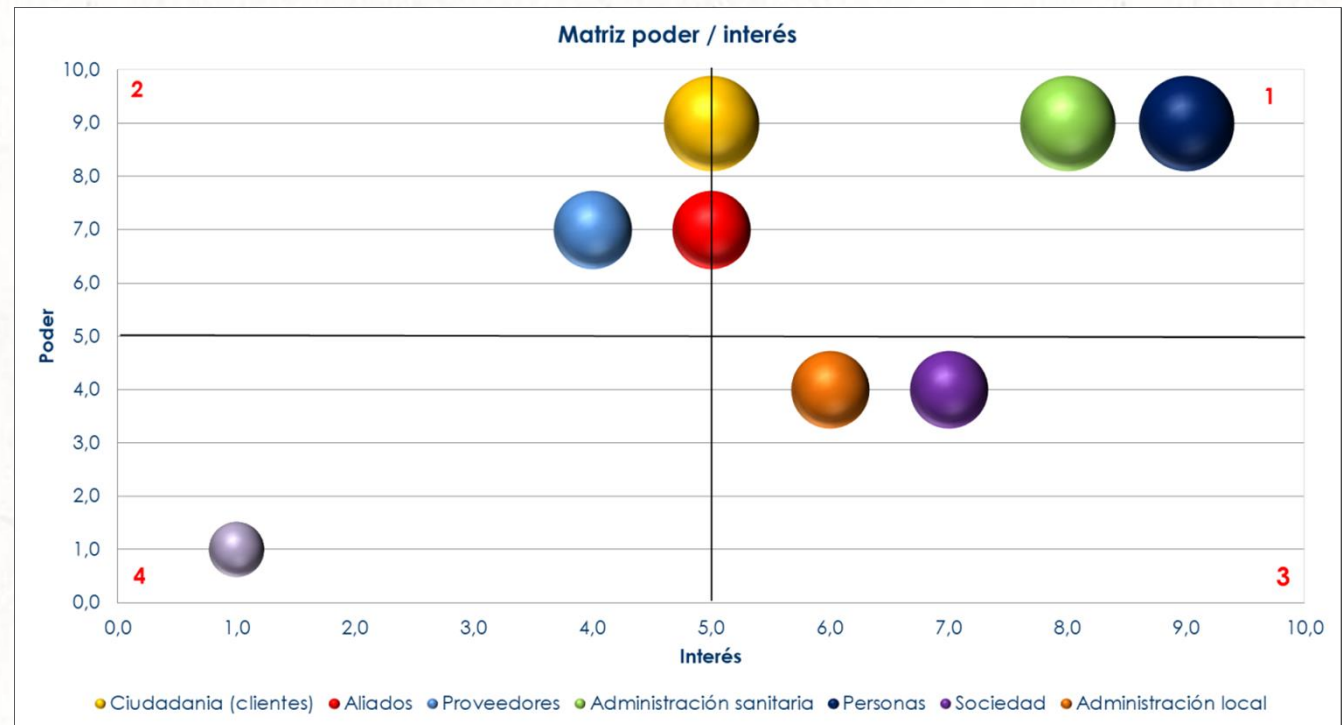
- **Grado de interés** que demuestran esos grupos por las estrategias de nuestra organización. Se puntúa entre 1 y 10 puntos.
- **Poder** que pueden llegar a poseer sobre la organización. Entre 1 y 10.
- **Actitud.** Huella o señal que deja la alianza en nuestra organización. Se valora entre 1 y 3.



Proyectos e iniciativas	Interés	Actitud	Poder
Personas	9,0	3,0	9,0
Ciudadanía (clientes)	5,0	3,0	9,0
Aliados	5,0	2,0	7,0
Proveedores	4,0	2,0	7,0
Administración sanitaria	8,0	3,0	9,0
Administración local	6,0	2,0	4,0
Sociedad	7,0	2,0	4,0

Con todo ello se ha generado, además, una Matriz de poder/interés de cada uno de los grupos de interés. En esta matriz elaborada por Gardner se orienta a clasificar a los stakeholders de acuerdo a las variables de “poder que poseen” y de “grado de interés” que demuestran por las estrategias de la empresa. Se utiliza para indicar qué tipo de relación debe desarrollar la empresa con cada uno de esos grupos y de esta manera ayudan a definir estrategias específicas de relaciones con los stakeholders.

- 1 Grupos de interés clave alto poder / alto interés
- 2 Mantener satisfecho alto poder / bajo interés
- 3 Mantener informado bajo poder / alto interés
- 4 Esfuerzo mínimo bajo poder / bajo interés



7. Sostenibilidad económica

7.1. Información sobre el enfoque de gestión.

Uno de los ejes fundamentales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria es la sostenibilidad económica de nuestro modelo asistencial, integrada en una estrategia transversal denominada *sostenibilidad financiera, ambiental y social*. Este enfoque ha estado muy presente en todas nuestras actuaciones desde el año 2012, primer año completo de ejecución presupuestaria de la Gerencia Integrada de Soria y también primer ejercicio a partir del cual se exigen los mayores ajustes del periodo relativo a la crisis económica reciente.

Dentro del Plan Estratégico 2015-2020 hay desarrollada una Línea Estratégica específica denominada Sostenibilidad, con las estrategias que se enuncian en la imagen adjunta.



1.	INTRODUCCION	1
2.	MISION, VISION, VALORES	7
3.	METODOLOGÍA	9
4.	ANÁLISIS DE SITUACIÓN	13
a.	Estructura	
-	Entorno sociodemográfico	13
-	Organización asistencial	17
-	Recursos humanos	20
-	Recursos materiales	21
-	Recursos económicos	23
b.	Actividad	
-	Cartera de Servicios	25
-	Mapa de procesos	27
-	Consultas	31
-	Urgencias	32
-	Pruebas diagnósticas	32
-	Hospitalización	32
-	Actividad quirúrgica	33
-	Actividad comunitaria	34
c.	Resultados	
-	Resultados en salud	38
-	Calidad y seguridad hospitalaria	43
-	Objetivos presupuestarios	44
-	Satisfacción del usuario-población	45
-	Satisfacción de los profesionales	47
-	Evaluación del liderazgo	50
5.	EVALUACIÓN EFQM	52
6.	ANÁLISIS DAFO	54
7.	ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS	56
8.	MAPA ESTRATÉGICO	65
9.	LINEAS ESTRATÉGICAS	66
10.	CRONOGRAMA	104
11.	EVALUACION	113
	GLOSARIO DE TERMINOS	122

Desarrollo de la Línea Estratégica de Sostenibilidad

Aquí también destaca el desarrollo del objetivo 57: *Consolidar la política de sostenibilidad económica, con las metas y actividades reseñadas.*

9. LINEAS ESTRATEGICAS	
LINEA ESTRATEGICA I: Modelo asistencial Integrado	Estrategias: E.I.1: Integración asistencial E.I.2: Gestión por procesos E.I.3: Atención a la cronicidad E.I.4: Gestión de cuidados
LÍNEA ESTRATÉGICA II: Accesibilidad, Universalidad, Equidad y Eficiencia	Estrategias: E.II.1: Cartera y oferta de servicios. E.II.2: Variabilidad asistencial. E.II.3: Capacidad resolutive. E.II.4: Atención comunitaria y domiciliaria.
LINEA ESTRATEGICA III: Calidad y Seguridad del Paciente	Estrategias: E.III.1: Mejora continua. Modelo EFQM. E.III.2: Buenas prácticas. E.III.3: Adversidad y seguridad hospitalarias. E.III.4: Calidad percibida.
LINEA ESTRATEGICA IV: Desarrollo profesional,	Estrategias: E.IV.1: Formación continuada. E.IV.2: Docencia. E.IV.3: Investigación. E.IV.4: Desarrollo y evaluación de la competencia profesional
LINEA ESTRATEGICA V: Participación y motivación de los profesionales.	Estrategias: E.V.1: Descentralización de la gestión y Gestión Clínica. E.V.2: Comunicación y participación de los profesionales. E.V.3: Reconocimiento e innovación.
LINEA ESTRATEGICA VI: Participación comunitaria.	Estrategias: E.VI.1: Comunicación y participación comunitaria. E.VI.2: Alianzas con pacientes, proveedores y partners. E.VI.3: Intervención sanitaria comunitaria.
LINEA ESTRATEGICA VII: Sostenibilidad.	Estrategias: E.VII.1: Gestión financiera-presupuestaria. E.VII.2: Contabilidad analítica. E.VII.3: Recursos Humanos. E.VII.4: Recursos Materiales. E.VII.5: Facturación.
LINEA ESTRATEGICA VIII: Innovación y desarrollo.	Estrategias: E.VIII.1: Renovación tecnológica. E.VIII.2: Historia clínica electrónica. E.VIII.3: Telemedicina. E.VIII.4: Nuevas prestaciones y servicios.

ESTRATEGIA E.VII.1		GESTION FINANCIERA-PRESUPUESTARIA	
OBJETIVO 57		Consolidar la política de sostenibilidad económica.	
		FECHA	RESPONSABLE
META	Elaboración de Planes de Eficiencia anuales que persigan eliminar las bolsas de ineficiencia que pudieran existir.	2015-20	Dirección de Gestión.
ACTIVIDADES	Evaluación de los datos económicos de cierre del ejercicio anterior.	2015-20	Dirección de Gestión.
	Análisis de los datos anteriores y justificación de la necesidad de abordar un plan de eficiencia anual.	2015-20	Dirección de Gestión.
	Evaluación del Plan de Eficiencia	2015-20	Dirección de Gestión.
	Revisión del Plan anterior y valorar la elaboración de uno nuevo.	2015-20	Dirección de Gestión.
INDICADOR	Evaluación del Plan de Eficiencia correspondiente anual.		

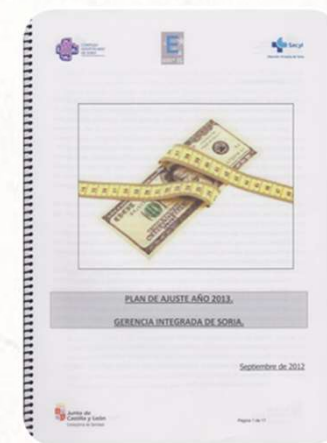
7. Sostenibilidad económica

7.1. Información sobre el enfoque de gestión.

A lo largo de este periodo, la GASSO ha impulsado y desplegado las políticas de sostenibilidad económica que se han visto reflejadas en innumerables acciones. Como resumen de todo lo anterior se pueden señalar los siguientes planes de actuación:

- Planes de Ajuste realizados en los años 2012, 2013 y 2014.
- Planes de Eficiencia de los años 2013 y 2014.
- Plan de Actuación de Farmacia Hospitalaria del año 2013.
- Planes Económico-Presupuestarios de los años 2015, 2016, 2017 y 2018

La evaluación de los resultados de estos años, desde el punto de vista de la ejecución presupuestaria, han proporcionado unos buenos resultados como más adelante veremos. Y todo ello, en un marco general de mantenimiento de nuestra cartera de servicios y consiguiendo, además, unos notables resultados asistenciales o en salud, especialmente brillantes en materia de lista de espera quirúrgica.



7. Sostenibilidad económica

7.1. Información sobre el enfoque de gestión.

¿Cómo se despliega el presupuesto anual?

El presupuesto o techo de gasto es fijado anualmente por la Gerencia Regional de Salud y se realiza en base a lo recogido en el Plan Anual de gestión.



El PAG 2017, se configura en torno a dos ejes:

incidiendo en objetivos y medidas que permitan una adecuada gestión de la demanda y de la reducción de demoras, así como en el cumplimiento presupuestario.

Accesibilidad

Sostenibilidad

PRIORIZACION DE DOS OBJETIVOS

- El cumplimiento presupuestario como elemento fundamental para asegurar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario.



- La adecuada gestión de la demanda, mediante la reducción de la lista de espera y la disminución de la demora de la citación en la consulta a demanda de Atención Primaria, como medidas para garantizar la accesibilidad.

7. Sostenibilidad económica

7.1. Información sobre el enfoque de gestión.

El cumplimiento presupuestario se presenta de nuevo como un indicador fundamental a dos niveles:

- **A nivel global de centro:** se constituye como un indicador clave, modulando la puntuación global resultante de la evaluación del resto de apartados del Plan Anual de Gestión, que se reparten 1.000 puntos totales.
- **A nivel de los servicios y unidades:** Los objetivos presupuestarios que se formulan a nivel de los servicios y unidades deberán ser coherentes con el objetivo presupuestario global a nivel de centro y su cumplimiento se constituye como un objetivo irrenunciable a este nivel, que tendrá que cumplir el resto de sus objetivos con el presupuesto asignado.



OBJETIVO E INDICADOR CLAVE:

Cumplimiento del gasto público fijado en el Plan Anual de Gestión del Centro de Gasto:

INDICADOR CLAVE	Balance asignación crédito / gasto
VALOR	Coeficiente
CÁLCULO	$\frac{\text{Gasto Real (Capítulo I y II y subconcepto 4800Z)} \times 100}{\text{Límite de gasto fijado en el P. A. G. (Capítulos I y II y subconcepto 4800Z)}}$
FUENTE	Fichas FGE y SICCAL
ESTÁNDAR	5 niveles

Explicación de los términos del indicador y criterios de valoración del resultado obtenido:

El importe asignado en el Plan Anual de Gestión incluye la totalidad del gasto del centro imputable a los capítulos 1, 2 de su estado de gastos, así como en el caso de gerencias de asistencia sanitaria y gerencias integradas la totalidad del gasto imputable al subconcepto 4800Z, sin que la autorización por parte de los servicios centrales de contrataciones o nuevas acciones suponga un incremento del presupuesto asignado, salvo que expresamente sea autorizado por el órgano de dirección económica, presupuestaria y financiera de la Gerencia Regional de Salud".



Estándar: se valoran 5 niveles de cumplimiento.

Nivel 1:	Indicador > 100 %	Coeficiente= 0,00.
Nivel 2:	Indicador [99,5%-100%]	Coeficiente= 1,00.
Nivel 3:	Indicador [98%-99,5%]	Coeficiente= 1,05.
Nivel 4:	Indicador [96,5%-98%]	Coeficiente= 1,10.
Nivel 5:	Indicador < 96,5%	Coeficiente= 1,15.



7. Sostenibilidad económica

7.1. Información sobre el enfoque de gestión.

ANÁLISIS ECONOMICO DE 2017

El año 2017 ha supuesto, a nivel nacional, un ejercicio en el que parece que se va consolidando, ya de manera definitiva, la recuperación económica que se viene advirtiendo en los últimos años. Las previsiones de cierre del presente año sitúan la tasa de crecimiento del PIB por encima del 3%. Consecuencia de lo anterior, España disfrutó el año pasado de uno de los mejores ejercicios en materia de empleo. Sumó 611.146 nuevos cotizantes al sistema de Seguridad Social y, según la Encuesta de Población Activa (EPA) del cuarto trimestre del año, el paro bajó en 471.100 personas en 2017, lo que supone un 11,1% menos que en 2016.

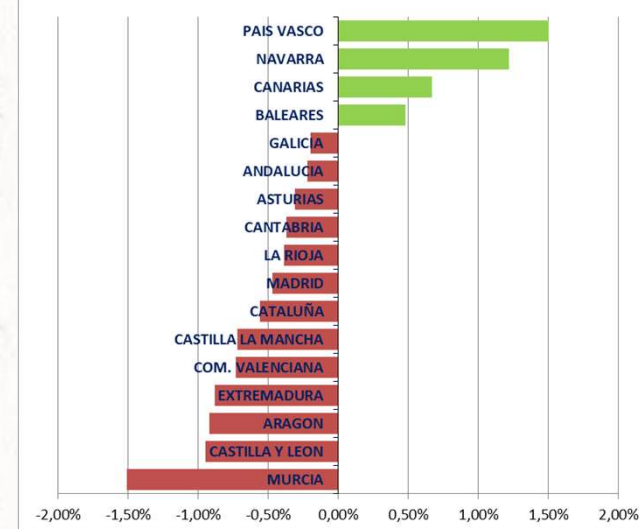
La cifra del PIB prevista a cierre de 2017 ya superará claramente las magnitudes de 2008, año en el que se contabilizó su mayor valor antes de la importante crisis que ha sumido a nuestro país desde el año 2009. También hay que destacar que en 2017, a nivel nacional, se ha cumplido con el déficit público previsto para todo el ejercicio, aunque Castilla y León haya tenido una desviación del 0,95%, bastante superior al objetivo del 0,6%. Estos cumplimientos generales vienen propiciados, de manera fundamental, por los ingresos procedentes de impuestos, tanto IRPF como IVA que están creciendo a un ritmo del 5% a punto de concluir el año.

A estas fechas no se han iniciado siquiera las negociaciones de los Presupuestos Generales del Estado para 2018, cuya fecha de efectos debería haber sido el primer día del año en curso. Esta parálisis está afectando a la política a aplicar por las comunidades autónomas en materia de retribuciones de los empleados públicos. Se espera una moderada subida de retribuciones pero no puede ser efectiva hasta la aprobación formal de los presupuestos estatales ya que constituye una competencia marco que no puede ser asumida en los presupuestos regionales sin la aprobación previa.

En resumen, mejora sustancial de la situación económica general aunque con algunas incertidumbres que esperamos vayan mejorando en los próximos meses o años.

CCAA	Déficit (%PIB)	Déficit (M.€)
MURCIA	-1,51%	-457
CASTILLA Y LEON	-0,95%	-541
ARAGON	-0,92%	-333
EXTREMADURA	-0,88%	-163
COM. VALENCIANA	-0,73%	-796
CASTILLA LA MANCHA	-0,72%	-288
CATALUÑA	-0,56%	-1243
MADRID	-0,47%	-1025
LA RIOJA	-0,39%	-32
CANTABRIA	-0,37%	-49
ASTURIAS	-0,31%	-71
ANDALUCIA	-0,22%	-335
GALICIA	-0,20%	-124
BALEARES	0,48%	144
CANARIAS	0,67%	295
NAVARRA	1,22%	241
PAIS VASCO	1,50%	1074

Déficit 2017 por Comunidades Autónomas (%PIB)



Fuente: elaboración propia, a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística

7. Sostenibilidad económica

7.1. Información sobre el enfoque de gestión.

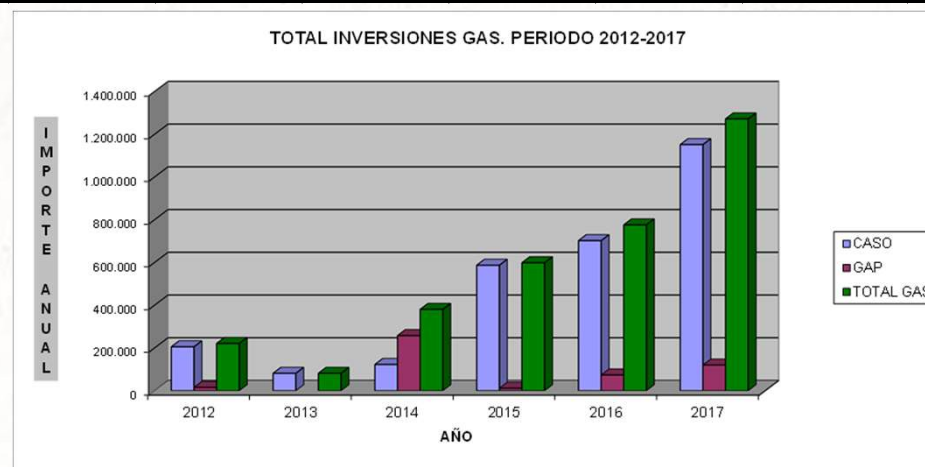
En cuanto al presupuesto de la Gerencia de Asistencia de Soria para el año 2017, como primera consideración es importante reseñar la unificación del centro de gasto de las ya extintas Gerencias de Atención Especializada (GAE), Atención Primaria y Salud de Área, en uno solo de ellos, el que antes disponía la GAE aunque ahora bajo la denominación de Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria. Esto supone la fijación del techo de gasto por funciones y por niveles asistenciales de manera conjunta.

En adelante ya no se pueden establecer diferencias nítidas en materia presupuestaria entre las tres organizaciones existentes antes de la unificación, si bien debemos seguir conociendo nuestra estructura interna de costes de cara a otro tipo de análisis comparativos con instituciones similares de nuestro entorno.

Después de un cumplimiento presupuestario estricto en el año 2016, el ya finalizado ejercicio 2017 se presentó con unas buenas perspectivas al fijar la GRS nuestro techo con aumentos sobre el gasto real del año anterior del 0,44 % en capítulo 1 (personal), del 5,92 % en capítulo 2 (bienes corrientes, servicios y concertos) y del 4,11% en Capítulo 4 (farmacia y otras ayudas a familias). Estos incrementos que pueden parecer moderados han venido a suponer un incremento de financiación de más de 2 millones sobre el cierre del año 2016. A mediados del ejercicio, se autorizó la subida del 1% de las retribuciones de los empleados públicos que obviamente se hizo efectiva en el mes de julio (con carácter retroactivo) para todos los profesionales de nuestra Gerencia.

También procede destacar sobremanera el importante aumento experimentado en la partida de inversiones respecto de la media de ejercicios anteriores o incluso el precedente.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Dif 2012-2017	% 2012-2017
CASO	205.618,65	81.501,20	122.844,86	587.245,45	702.481,32	1.152.075,83	946.457,18	460,30%
GAP	15.528,22		257.838,17	11.846,13	73.754,41	120.188,49	104.660,27	674,00%
TOTAL GAS	221.146,87	81.501,20	380.683,03	599.091,58	776.235,73	1.272.264,31	1.051.117,44	475,30%



7. Sostenibilidad económica

7.2. Indicadores de sostenibilidad.

La primera Memoria de sostenibilidad de la GASSO se realizó a finales de 2013. Por ello, los indicadores incluidos en la Memoria corresponden a los años 2010, 2011 y 2012..

En el año 2016 se llevó a cabo una actualización de la Memoria de sostenibilidad referida al momento de su publicación. Sin embargo, en dicho documento de análisis y reflexión no se generaron indicadores de seguimiento.

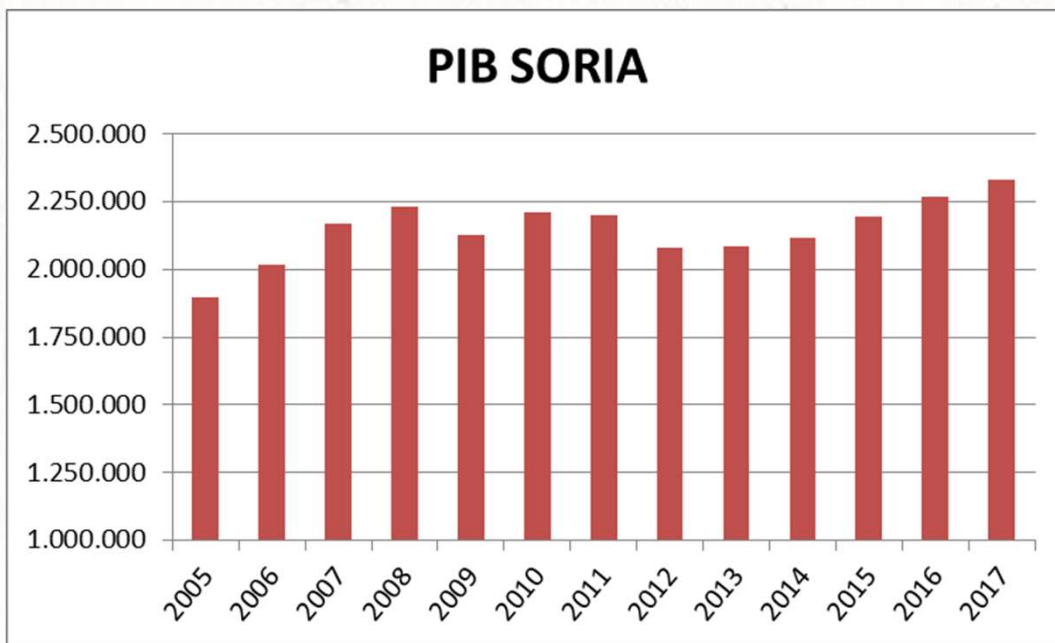
De acuerdo con lo anterior, y aunque no se siga estrictamente el listado de indicadores de la Memoria de 2014, y para dar, en cierto modo, una continuidad a ésta, hemos decidido analizar el quinquenio que abarca de 2013 a 2017, ambos inclusive.

GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA										
PRESUPUESTO EJECUTADO (GASTO REAL)										
CONCEPTO	2013		2014		2015		2016		2017	
	Nº		Nº		Nº		Nº		Nº	
Capítulo 1. Gastos de Personal	1.638	77.499.891,69	1.620	78.293.862,08	1.628	79.033.286,71	1.625	79.923.940,00	1.655	80.439.657,40
Total bienes corrientes y servicios		24.434.594,55		24.543.143,71		25.533.568,95		24.168.622,80		24.839.651,94
Total Conciertos		3.872.604,29		4.148.929,21		3.442.691,33		3.377.858,63		3.374.045,15
TOTAL CAPITULO 2		28.307.198,84		28.692.072,92		28.976.260,28		27.546.481,43		28.213.697,09
Capítulo 6. Inversiones reales		84.154,45		380.169,07		659.409,90		778.522,63		1.272.264,27
Total Capítulos 1, 2 y 6		105.891.244,98		107.366.104,07		108.668.956,89		108.248.944,06		109.925.618,76
Farmacia sin receta		1.118.437,62		1.099.660,89		1.099.939,22		1.058.246,60		964.574,73
Gasto en recetas farmacia		19.905.316,91		19.952.314,80		20.278.024,48		20.840.965,56		21.676.801,80
Transferencias a familias (desplazamientos, prótesis o sillas de ruedas)		481.747,92		424.673,84		471.871,16		358.595,38		304.071,05
Total Capítulo 4		21.505.502,45		21.476.649,53		21.849.834,86		22.257.807,54		22.945.447,58
Total		127.396.747,43		128.842.753,60		130.518.791,75		130.506.751,60		132.871.066,34

Este sería el cuadro que consta en nuestra Memoria anual de 2017 y refleja el gasto ejecutado real en los últimos cinco años. Ahora bien en el mismo se incluyen gastos coyunturales que en algunos casos no estaban incluidos en los techos de gastos iniciales como el caso del gasto en Hepatitis C en 2015 que supuso más de 1.200.000 €. Tampoco el gasto anual en inversiones o las transferencias a familias forman parte del presupuesto que anualmente fija la GRS.

7. Sostenibilidad económica

7.2. Indicadores de sostenibilidad.



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

Los datos de 2016 y 2017 son una estimación en base al crecimiento publicado para el conjunto de la comunidad autónoma. (en miles de euros)

La gráfica del PIB provincial muestra un comportamiento muy similar al experimentado por España en su conjunto y la comunidad de Castilla y León. Hay un primer momento de crisis en el año 2009, del que parece que se sale inmediatamente en el año 2010. Pero hay una nueva recaída, más grave incluso que la anterior, en términos de PIB, que se produce en los años 2012 y 2013. El último trienio (2015-2017) parece consolidarse la salida de la crisis, con notables crecimientos del PIB.

Sin embargo, estos incrementos no se han visto acompañados en igual medida de la recaudación de impuestos, partida clave para la financiación de la sanidad. Por ello, los techos de gasto no han recogido la mejora económica en términos del PIB. Sólo en 2017 se ha notado una clara mejoría de recaudación con subidas superiores al 5%, que también tuvo su repercusión en el presupuesto.

Por lo que respecta al porcentaje de participación del gasto de la GASSO sobre el PIB provincial ha visto reducir su peso en los últimos años. A pesar de los moderados incrementos del gasto desde el año 2013, lo han hecho en menor medida que el propio PIB. Las escasas subidas retributivas de los empleados públicos y una mayor eficiencia en las compras sanitarias han permitido una contención del gasto sanitario que ha contribuido a una pérdida de peso proporcional.

Porcentaje de participación en el PIB provincial

	2013	2014	2015	2016	2017
PIB provincial (en miles €)	2.087.466	2.118.483	2.192.507	2.269.464	2.333.236
Gasto ejecutado GAS (en miles €)	127.397	128.843	130.519	130.507	132.871
% peso sobre PIB provincial	6,10%	6,08%	5,95%	5,75%	5,69%

7. Sostenibilidad económica

7.2. Indicadores de sostenibilidad.

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, en el plano presupuestario, al igual que muchas de las instituciones que forman el sector público, ha pasado por momentos de enorme dificultad. En el año 2012 se produce una drástica reducción del presupuesto que nos obliga a realizar los primeros Planes de ajuste tanto para Capítulo I (gastos de personal) como de Capítulo II (gastos en bienes corrientes y servicios). Los siguientes años 2013, 2014 y 2015 debemos continuar por una senda de contención de gastos hasta llegar al año 2016 donde finalmente, y tras varios años de esfuerzos continuados, conseguimos cumplir el presupuesto fijado.

Esta senda de ajuste ha sido gracias al esfuerzo de todos los trabajadores que han sufrido los mayores embates de la crisis. Porque también hay que destacar que, a pesar de todo lo que se dice, el paciente como figura clave del sistema sanitario no ha sufrido ningún recorte en las prestaciones ni en los servicios ofrecidos por nuestra Gerencia. Solamente se puede señalar la reforma del año 2012 en la que se obliga a incrementar la aportación de pensionistas en las recetas de farmacia como una medida que exige mayor esfuerzo a los usuarios.

También habría que destacar el buen comportamiento del Capítulo II en los últimos cinco años, que incluye un gasto tan volátil y creciente como la farmacia hospitalaria.

Por último, solo nos queda referir los factores que a, nuestro modo de ver, han influido en la senda de la sostenibilidad económica mantenida por la Gerencia Integrada de Soria, en unos años de tremenda dificultad en las magnitudes macroeconómicas de nuestro país y en nuestro escenario particular. Quizás podrían relacionarse algunos más, pero estos serían los más relevantes:

- 1) Marco normativo favorable, con medidas efectivas en lo laboral, asistencial o farmacia.
- 2) Adecuada planificación estratégica con planes de eficiencia, actuación o ajuste.
- 3) Integración de las estructuras asistenciales de la provincia: Primaria vs. Especializada.
- 4) Estabilidad y, sobre todo, implicación del equipo directivo.
- 5) Búsqueda de fórmulas de acuerdo o reconocimiento con los líderes de la organización.
- 6) Objetivos claros y conocidos por la organización, aprovechando las ventajas de la descentralización de la gestión.
- 7) Resultados asistenciales favorables que no presionen el presupuesto.
- 8) Notable desarrollo de los sistemas de información.
- 9) Relaciones correctas con los agentes sociales y evitar, ante todo, la conflictividad laboral.
- 10) Desarrollo de una buena política de comunicación.
- 11) Política de alianzas y/o reconocimientos externos.



LA PRIMA DE RIESGO... Y LA SANIDAD

En los últimos meses, la prima de riesgo se ha convertido es uno de los vocablos más utilizados, no sólo en las páginas de los medios de comunicación de corte económico o tertulias radiofónicas o televisivas sino también en conversaciones diarias profesionales o coloquiales.

Pero, realmente, ¿qué es la prima de riesgo?

Con carácter general, y para el caso español, se trata de la diferencia entre lo que se paga al inversor por comprar deuda de España y Alemania (o más exactamente el bono a 10 años).

Un ejemplo:

Si la rentabilidad del bono a 10 años de Alemania a día de hoy es de 1,25%, y la del bono español es de 6,65%, la diferencia entre ambos (6,65%-1,25%) es la Prima de Riesgo de España, es decir, 5,40% o 540 puntos básicos.

español, en su conjunto, debía un 36,10% del PIB (suma de toda la producción nacional). Cuando acabe 2012, sin valorar el rescate que supondrá el sector bancario español, la deuda pública puede ascender aproximadamente a un 80% del PIB nacional. Esto supone que todas las administraciones públicas (Estado, Comunidades Autónomas, Seguridad Social y administraciones locales) deberemos a final de año la friolera de 800.000 millones de euros, cuando lo que se debía al comienzo de la crisis era menos de la mitad. Siendo un dato exagerado, objetivamente tampoco supondría un drama en sí mismo, pues Alemania debe un 81% de su PIB, Francia debe casi el 86%, Italia el 120% o incluso Estados Unidos más del 100% de su PIB.

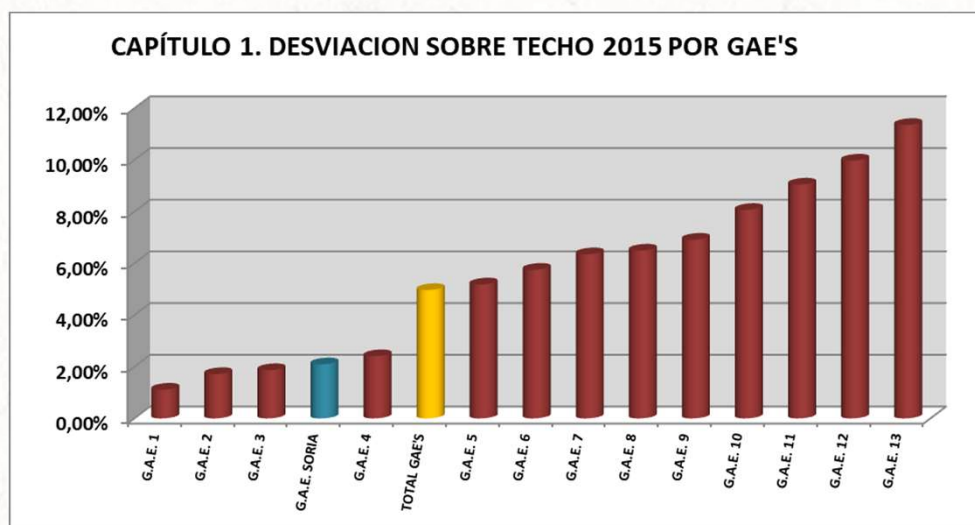
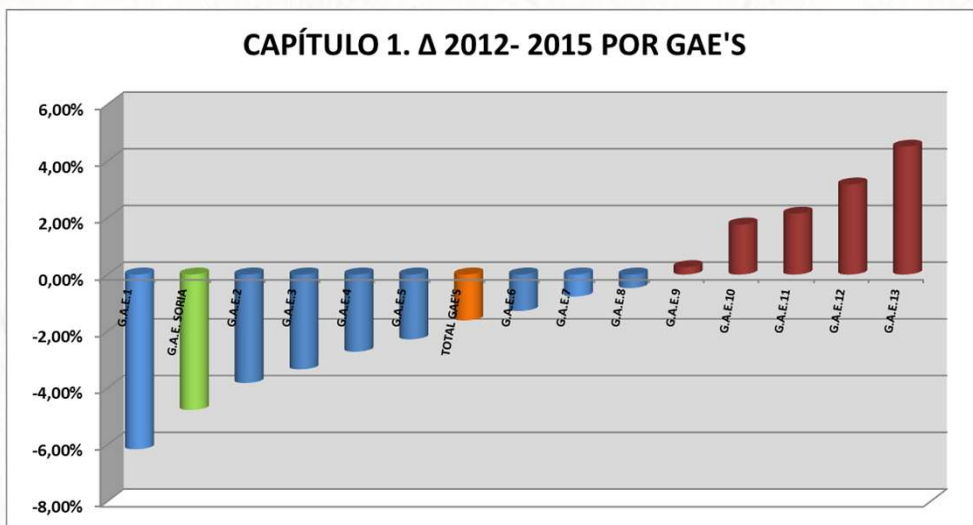
Si los principales países desarrollados de nuestro entorno, presentan cifras similares de deuda pública,

Boletín Informativo 4

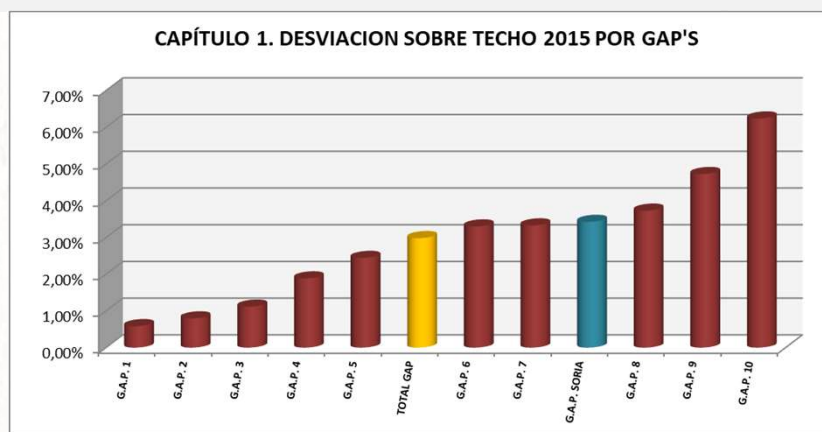
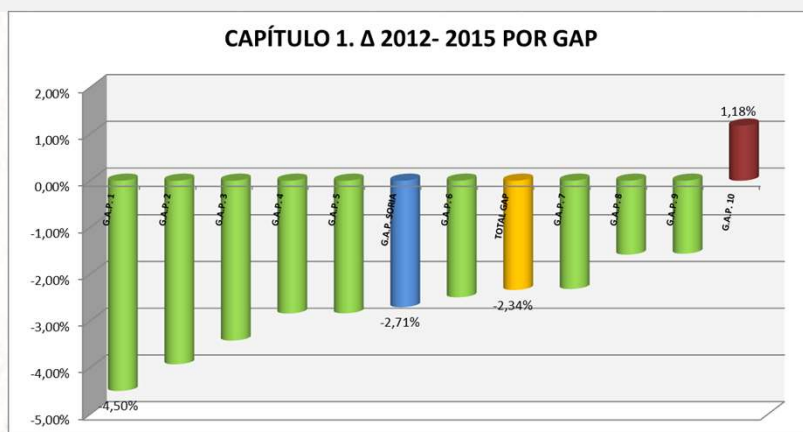
7. Sostenibilidad económica

7.2. Indicadores de sostenibilidad.

EVOLUCION DE LAS PRINCIPALES MAGNITUDES PERIODO 2012-2015



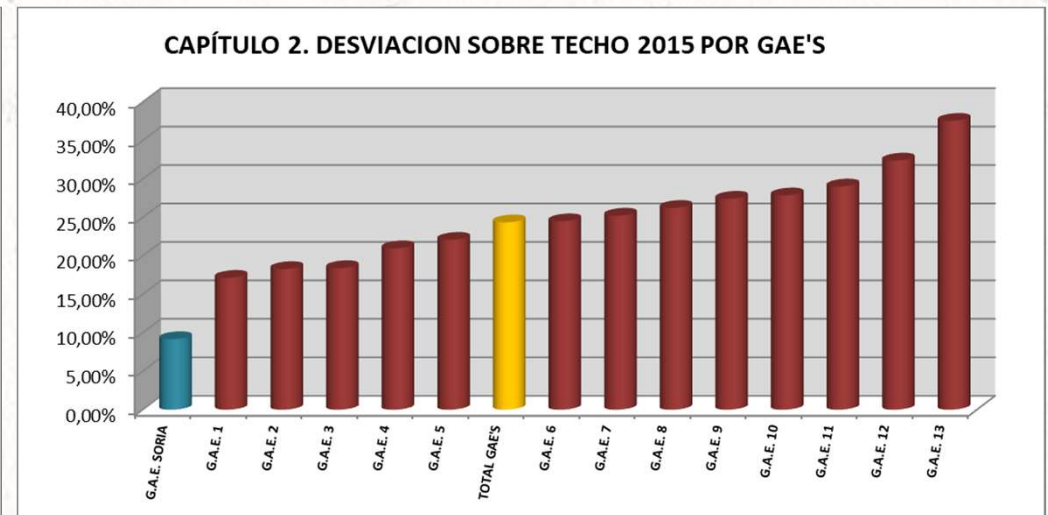
A pesar del importante esfuerzo realizado en el periodo 2012-2015 en materia de Capítulo 1 (el segundo mejor registro, con un descenso de casi un 5%) seguíamos presentando una desviación sobre el techo de gasto de casi un 2%.



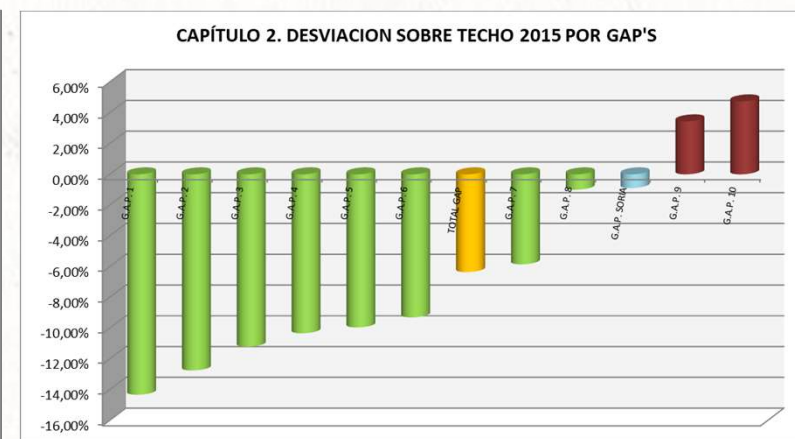
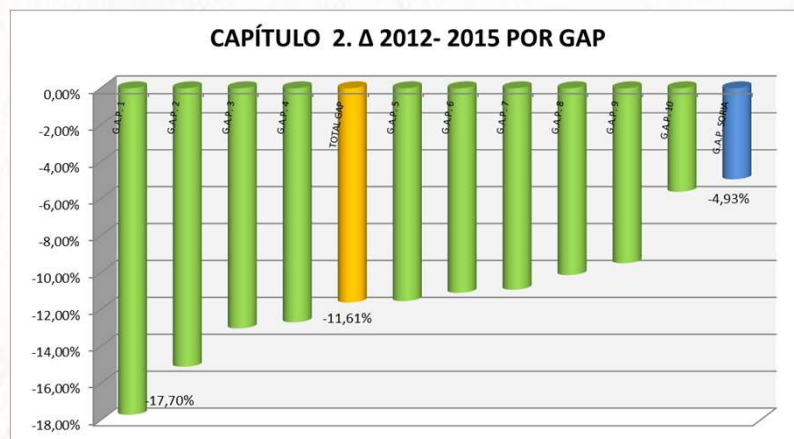
En Atención Primaria, aun realizando un esfuerzo superior a la media regional, para el año 2015 sigue mostrando una desviación sobre techo superior a la media regional.

7. Sostenibilidad económica

7.2. Indicadores de sostenibilidad.



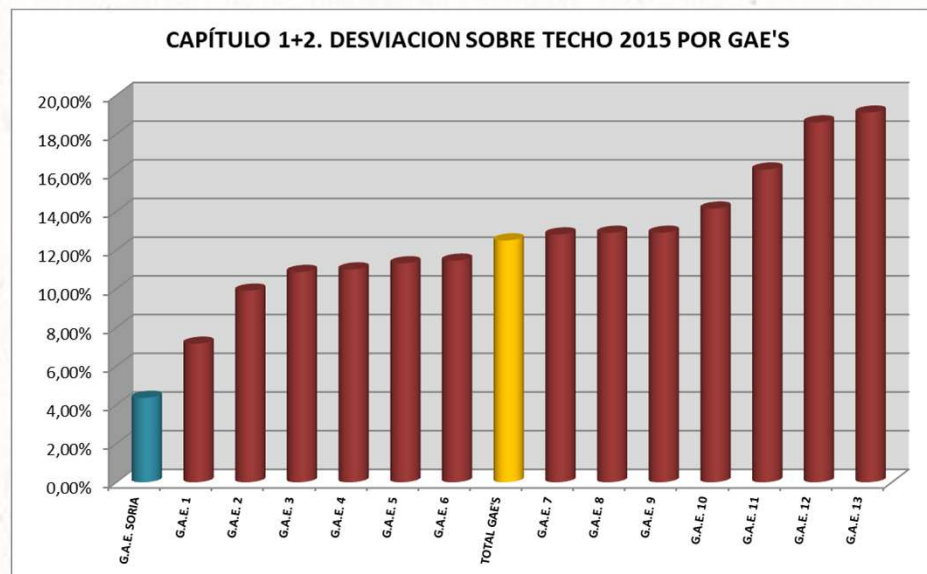
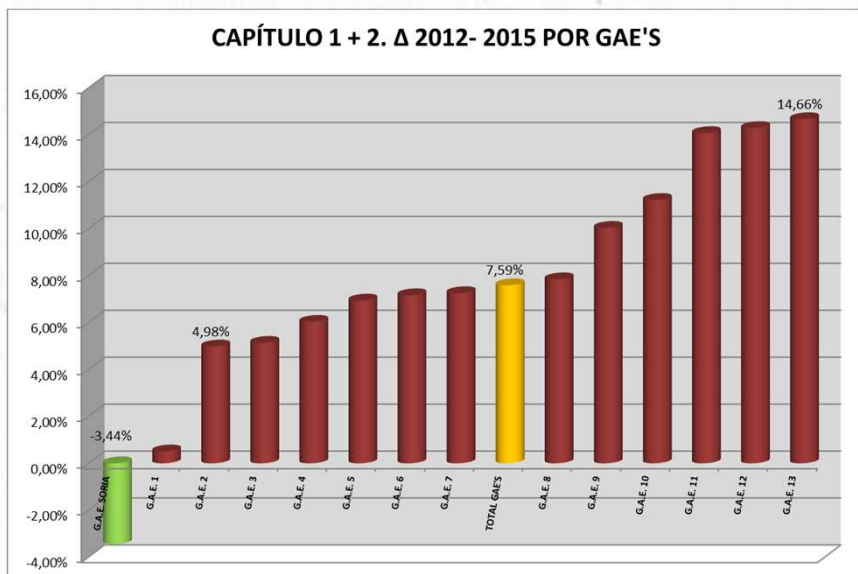
La evolución del gasto real de Capítulo 2 en Atención Especializada respecto al resto de Gerencias de este nivel asistencial ha sido excepcional manteniendo una reducción del 0,69% mientras que la media regional se acerca al 23% de incremento. A pesar de ese buen comportamiento aún presentamos una desviación sobre techo de algo más del 9%.



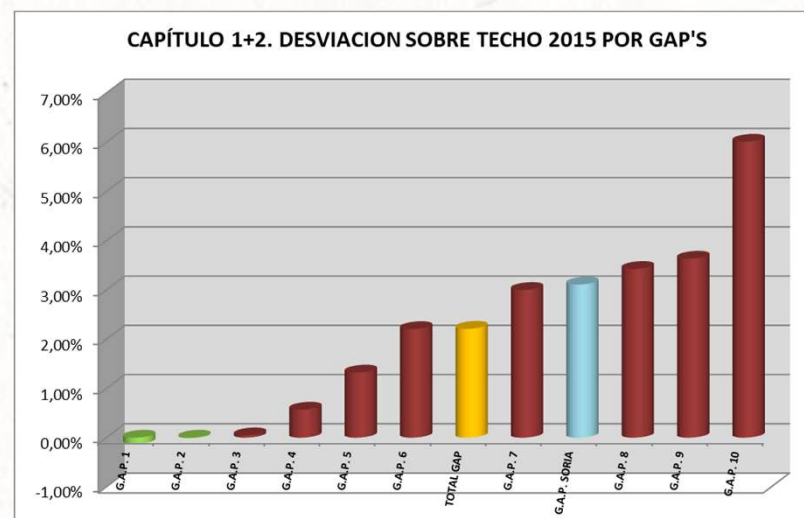
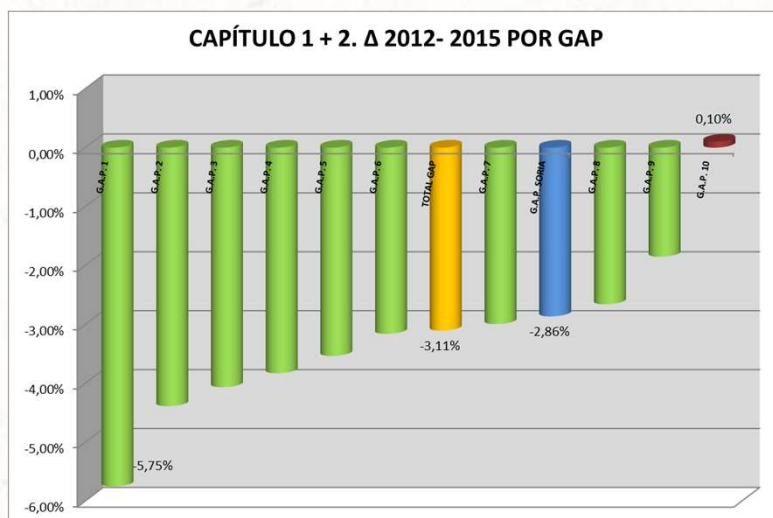
Por lo que respecta a Atención Primaria, con un menor esfuerzo superior (casi un 5% de reducción frente al 11,61% regional) ya se consigue entrar en techo de gasto, aunque solo de este capítulo cuya ponderación en el total de la organización es bastante escaso.

7. Sostenibilidad económica

7.2. Indicadores de sostenibilidad.



Una vez sumados los dos epígrafes anteriores, el mejor comportamiento a nivel regional y la menor desviación de todas las GAES pero sigue siendo positiva.

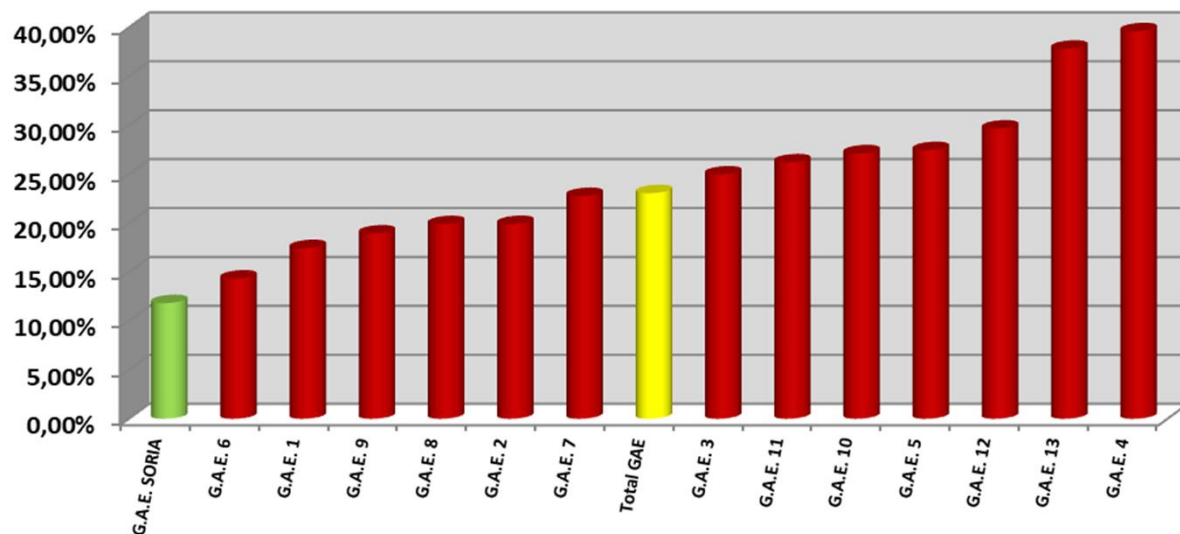


En Atención Primaria menor esfuerzo relativo que la media y la desviación cercana al 3%.

7. Sostenibilidad económica

7.2. Indicadores de sostenibilidad.

FARMACIA HOSPITALARIA. INC. GASTO 2014-2015 POR GAE'S



A estos datos tan positivos en materia de convergencia de los presupuestos, ha contribuido el control del gasto de la farmacia hospitalaria. El ejercicio presupuestario 2015 fue el año donde se asumió de forma generalizada la dispensación gratuita de los medicamentos para el virus de la Hepatitis C. Esto supuso en nuestra Gerencia un gasto superior a los 1,2 millones de euros y en el conjunto de la GAES unos 56 millones de euros.

Sin ese incremento, el gasto de 2015 para la GASSO hubiera sido prácticamente nulo en comparación con el crecimiento de dos dígitos en muchos de los hospitales de Castilla y León.

Los dos años siguientes, 2016 y 2017, siguen mostrando una buena evolución del gasto. El año 2016 se produce un crecimiento moderado por debajo de la media regional y en 2017 se presenta el mejor comportamiento de los hospitales de Castilla y León.

Como se destacaba en el Plan de Actuación 2013 de Farmacia Hospitalaria, la gestión del servicio de farmacia, resulta tremendamente compleja pues *supone acomodarse constantemente a una serie de factores como la demanda creciente de pacientes, la aparición y el estudio de nuevas patologías y nuevos tratamientos o la continua presión de la industria farmacéutica por poner en el mercado nuevos productos más eficaces que aquéllos a los que sustituyen.*

EVALUACIÓN DTF DICIEMBRE 2016 - CAP II

% VARIACIÓN ACUMULADO, SIN VHC - DICIEMBRE 2016 (ORDEN CRECIMIENTO)		
RANKING	GAE	% VAR diciembre 2016 sin VHC
1	H Santiago Apóstol	-7,53%
2	H Santos Reyes	-5,47%
3	H Medina del Campo	-4,11%
4	CA Ávila	0,39%
5	CA Salamanca	0,54%
6	H El Bierzo	1,72%
7	CA Palencia	1,78%
8	HU Río Hortega	1,96%
9	CA León	2,01%
10	CA Burgos	2,09%
11	CA Soria	2,10%
12	HCU Valladolid	5,48%
13	CA Segovia	9,38%
14	CA Zamora	10,99%
	Castilla y León	2,65%

EVALUACIÓN DTAF DICIEMBRE 2017 - CAP II

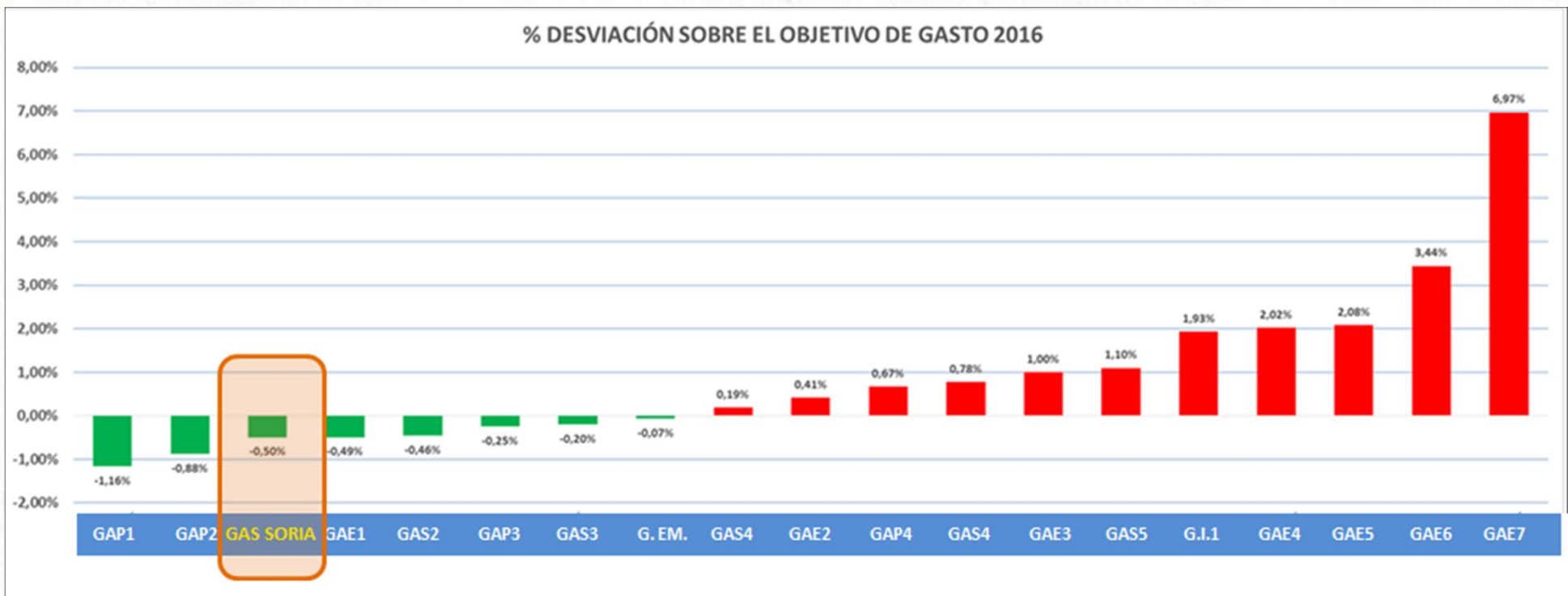
% VARIACIÓN ACUMULADO SIN VHC. ENERO - DICIEMBRE 2017 (ORDEN CRECIMIENTO)		
RANKING	GAE	% VAR enero-diciembre 2017 sin VHC
1	CA Soria	0,83%
2	CA Segovia	1,20%
3	HCU Valladolid	2,37%
4	H Santos Reyes	2,71%
5	CA Ávila	3,24%
6	CA Burgos	3,42%
7	H Santiago Apóstol	4,15%
8	CA Salamanca	5,88%
9	H El Bierzo	6,25%
10	CA Zamora	6,65%
11	CA León	7,86%
12	CA Palencia	9,10%
13	HU Río Hortega	10,24%
14	H Medina del Campo	46,47%
	Castilla y León	5,75%

7. Sostenibilidad económica

7.2. Indicadores de sostenibilidad.

Según se relataba en el Plan Económico-presupuestario de 2017, *el año 2016 ha sido un año de continuidad en nuestras políticas de control de gasto y sostenibilidad. Sin embargo, la novedad es que en este ejercicio sí se ha cumplido los techos de gasto asignados, de manera ajustada con las cifras iniciales y de manera muy holgada con el techo de gasto final. Este ha sido el primer año con resultados positivos, desde el año 2011 último ejercicio, donde se cumplieron los techos de gasto asignados.*

A continuación, se muestra el gráfico comparativo de los distintos centros de gasto de GRS. A nivel de gerencias integradas (primaria + especializada + antiguas gerencias de área), tenemos el mejor comportamiento regional y en relación con todos los centros de gasto solamente nos superarían dos gerencias de atención primaria, que tradicionalmente vienen mostrando menos dificultades en el cumplimiento presupuestario.

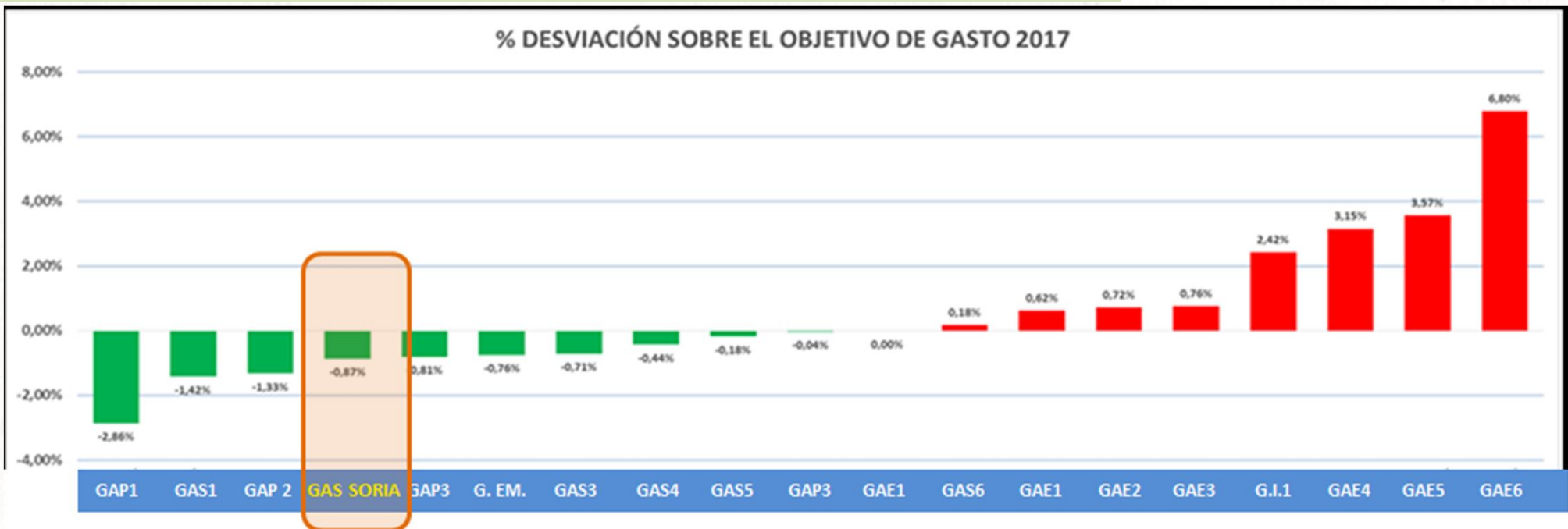


7. Sostenibilidad económica

7.2. Indicadores de sostenibilidad.

Como recoge expresamente en el Plan Económico-presupuestario de 2018, *cabe calificar de muy positivo el recién finalizado 2017 que ha contado con incrementos de presupuesto significativos en todos los capítulos de gasto. Esto nos ha permitido aumentar, en algunas plazas, la plantilla real de la Gerencia, incrementar sustancialmente el gasto en materia de contrataciones tanto en primaria como en especializada, acometer actuaciones estratégicas como la digitalización de historias (como forma de impulso de la historia clínica electrónica), incorporación de nuevos equipamientos básicos para nuestra área, la reforma y dotación de mejor equipamiento de la unidad de paliativos hospitalarios y pequeñas obras de mejora en determinados centros de salud. Además de todo lo anterior, se puede concluir que se ha cumplido con el presupuesto asignado a nuestra Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria para el ejercicio 2017. No ha ocurrido lo mismo con la Comunidad Autónoma, cuyo déficit público ha ascendido finalmente a un 0,95% sobre el PIB, cuando a mitad del ejercicio se consideraba factible su cumplimiento.*

CCAA	Valoración de AIREF de las previsiones de las CCAA Capacidad/necesidad de financiación			
	Previsiones de las CCAA en PEF (% PIB)		Probabilidad de cumplimiento de las previsiones en PEF (*)	
	2016	2017	2016	2017
Andalucía	-0,7	-0,5	Probable	Probable
Aragón	-0,7	-0,5	Muy improbable	Muy improbable
Principado de Asturias	-0,7	-0,5	Factible	Factible
Illes Balears	-0,7	-0,5	Factible	Probable
Cantabria	-0,7	-0,5	Factible	Probable
Castilla y León	-0,7	-0,5	Factible	Factible
Castilla-La Mancha	-0,7	-0,5	Improbable	Improbable
Cataluña	-0,7	-0,5	Improbable	Improbable
Extremadura	-0,7	-0,5	Improbable	Muy improbable
Comunidad de Madrid	-0,6	-0,5	Factible	Factible
Región de Murcia	-0,7	-0,3	Muy improbable	Muy improbable
Comunidad Foral de Navarra	-0,7	-0,5	Factible	Factible
La Rioja (*)	-0,2	0,1	Muy probable	Muy probable
Comunitat Valenciana	-0,7	-0,5	Muy improbable	Muy improbable



7. Sostenibilidad económica

7.2. Indicadores de sostenibilidad.

FINANCIACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Una vez observados los cumplimientos presupuestarios, procede realizar un nuevo análisis sobre la financiación de cada una de las áreas sanitarias en su conjunto y por niveles asistenciales o áreas importantes de gasto como es la farmacia a través de receta.

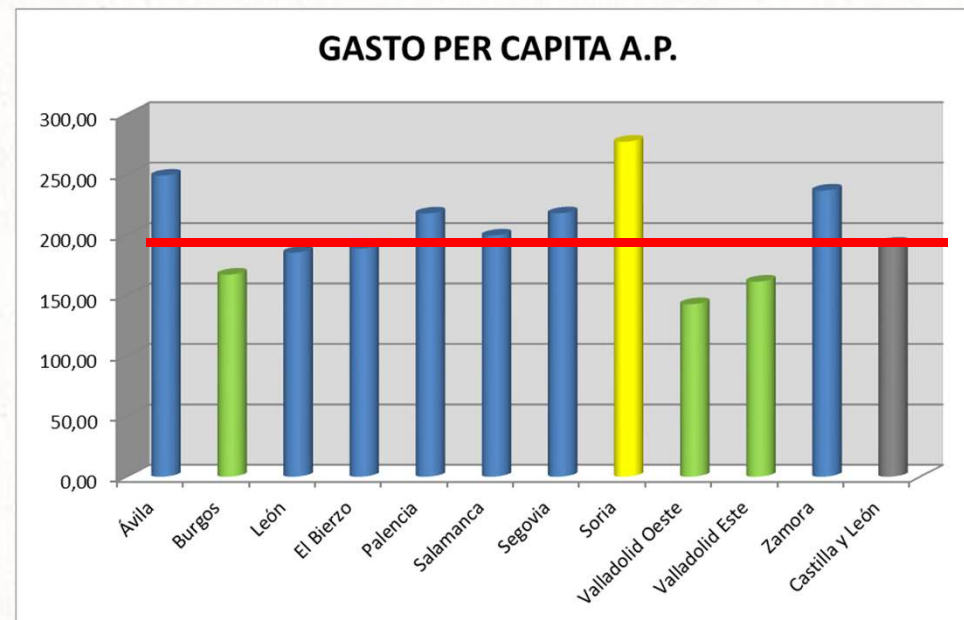
Siempre se ha asegurado que debido en gran medida a su escasa población, Soria es la provincia con mayor gasto por habitante y año de todas las provincias de Castilla y León.

APT1.1
Población TSI por Área de Salud
2016

Transparencia

Área de Salud	Total		GASTO TOTAL	GASTO PER CAPITA A.P.	% Dif sobre la media	
	CAP 1	CAP 2				
Ávila	153.017	35.637.844	2.470.426,82	38.108.271	249,05	29,19%
Burgos	357.244	54.249.276	5.483.363,38	59.732.640	167,20	-13,26%
León	313.618	54.092.958	4.067.368,18	58.160.326	185,45	-3,80%
El Bierzo	135.261	23.564.175	1.970.348,29	25.534.524	188,78	-2,07%
Palencia	157.577	31.418.959	2.898.811,32	34.317.770	217,78	12,98%
Salamanca	329.023	59.409.732	6.236.161,31	65.645.894	199,52	3,50%
Segovia	146.390	29.430.190	2.466.723,31	31.896.914	217,89	13,03%
Soria	87.761	22.537.622	1.788.516,61	24.326.139	277,19	43,79%
Valladolid Oeste	259.662	33.547.604	3.512.211,40	37.059.815	142,72	-25,96%
Valladolid Este	263.195	38.240.535	4.240.351,58	42.480.887	161,40	-16,27%
Zamora	167.344	36.478.258	3.143.488,53	39.621.746	236,77	22,82%
Castilla y León	2.370.092	418.607.155	38.277.770,73	456.884.926	192,77	

Fuente: Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León
Fecha Descarga: 01-12-2016



- Los datos han sido obtenidos del Portal de Transparencia de la Gerencia Regional de Salud, correspondientes al año 2016 (en el Capítulo 1 faltarían por incluir las cuotas de la Seguridad Social). En todo caso, como los datos son homogéneos por Áreas de Salud, se aprecia un gasto per cápita en el nivel de Atención Primaria en Soria de 277 € por persona frente a casi 193 € a nivel regional. Esto supone un 43,79% sobre la media regional para este nivel asistencial.
- El escaso denominador de la población y los servicios básicos a prestar en cada rincón de la provincia, siguiendo criterios geográficos más que demográficos, hacen el gasto per cápita resulte tan alto respecto a los ratios regionales. Las otras provincias con menor población como Segovia, Ávila y Palencia o la envejecida Zamora incurrir también en desviaciones muy positivas sobre la media regional. La conclusión es que, en este nivel, la desviación financiera es inversamente proporcional a la población provincial.

7. Sostenibilidad económica

7.2. Indicadores de sostenibilidad.

Complejo Asistencial u Hospital	GASTO PER CAPITA A.E.	% Dif sobre la media
C.A. de Ávila	630,53	-17,56%
C.A.U. de Burgos	799,24	4,50%
H. Santiago Apóstol	678,79	-11,25%
H. Santos Reyes	549,61	-28,14%
C.A.U. de León	846,91	10,73%
H. El Bierzo	673,51	-11,94%
C.A.U. de Palencia	672,81	-12,03%
C.A.U. de Salamanca	851,97	11,39%
C.A. de Segovia	627,59	-17,94%
C.A. de Soria	749,58	-1,99%
H.U. Río Hortega	701,34	-8,30%
H.C.U. de Valladolid	1.066,94	39,50%
H. Medina del Campo	474,68	-37,94%
C.A. de Zamora	701,05	-8,34%
Castilla y León	764,83	

Elaboración propia a partir de:

Fuente: Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León

Fecha Descarga: 01-12-2016



FINANCIACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

AREA	GASTO PER CAPITA FARMACIA	% Dif sobre la media
Ávila	319,81	21,91%
Burgos	243,79	-7,07%
León	297,02	13,22%
El Bierzo	315,94	20,43%
Palencia	256,01	-2,41%
Salamanca	278,87	6,30%
Segovia	207,22	-21,01%
Soria	247,00	-5,85%
Valladolid Oeste	194,14	-26,00%
Valladolid Este	239,46	-8,72%
Zamora	312,56	19,14%
Castilla y León	262,34	

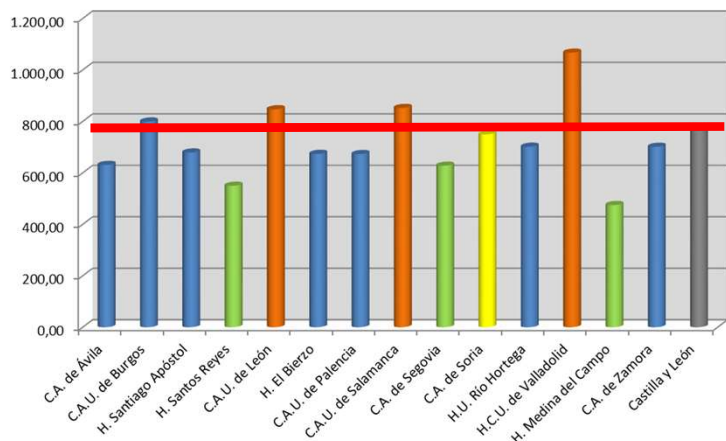
Elaboración propia a partir de:

Fuente: Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León

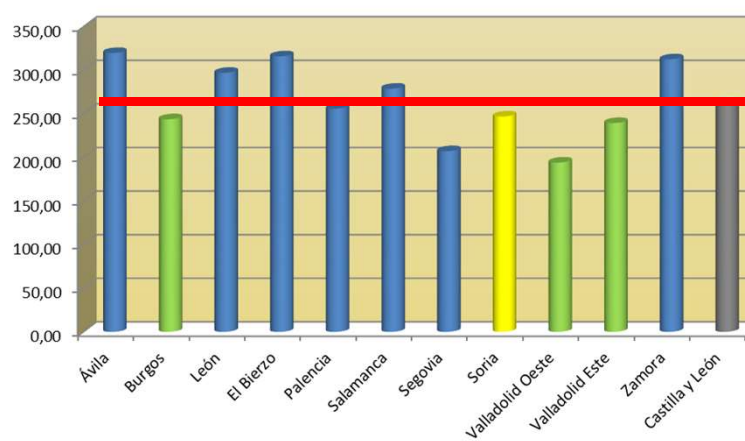
Datos correspondientes a 2017

- Para el nivel de Especializada, el gasto per cápita o la financiación de Área de Salud de Soria ya se encuentra ligeramente por debajo de la media regional (casi el 2%). Esto es debido, en parte, al esfuerzo de eficiencia realizado en los últimos años como se ha mostrados en páginas anteriores.
- Al contrario del análisis de Primaria, aquí se destacan los centros hospitalarios de mayor tamaño y que sirven de referencia para otros hospitales de nuestra región, resaltando en la parte negativa el HC de Valladolid con mayor financiación y también los hospitales de Salamanca y León.
- También en Farmacia (receta) nos movemos en unas cifras inferiores en casi un 6% al gasto medio regional. El control de gasto farmacéutico realizado en esta Gerencia desde hace bastantes años hace que los resultados sigan siendo favorables en esta partida.

GASTO PER CAPITA A. ESPECIALIZADA



GASTO PER CAPITA FARMACIA



Gasto Por Persona Ponderada (sin contar pacientes desplazados)

ORDEN	GERENCIA DE SALUD	2016
1	GSA VALLADOLID OESTE	38,31
2	GSA SEGOVIA	39,26
3	GSA PALENCIA	40,54
4	GSA VALLADOLID ESTE	41,24
5	GSA SORIA	43,49
6	GSA BURGOS	45,69
7	GSA ZAMORA	46,23
8	GSA LEÓN	49,16
9	GSA SALAMANCA	49,47
10	GSA ÁVILA	49,57
11	GSA EL BIERZO	50,68
	CYL	45,30


Los datos por persona ponderada muestran un comportamiento similar, ligeramente por debajo de la media.

7. Sostenibilidad económica

7.2. Indicadores de sostenibilidad.

FINANCIACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

GASTO TOTAL POR AREA DE SALUD 2016 (AE y AP) Y 2017 (Farmacia)

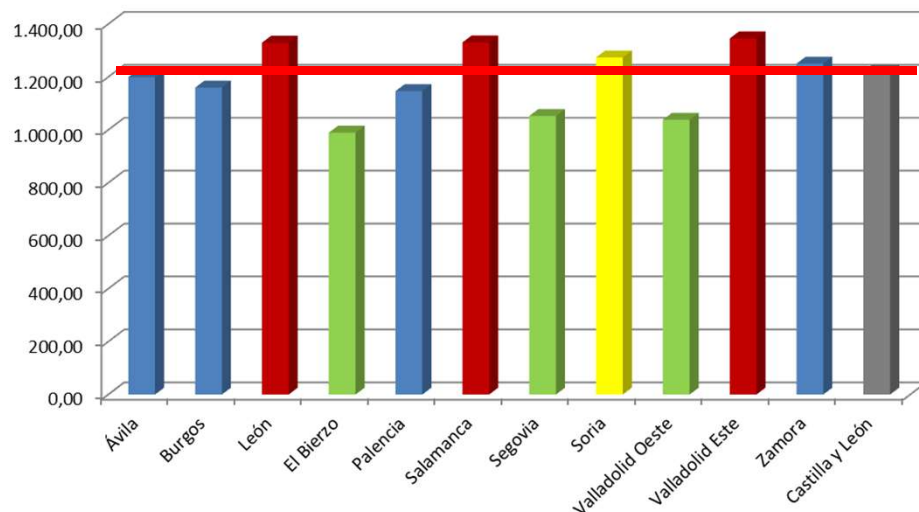


Área de Salud	Total	A. Primaria	A. Especializada	Farmacia	GASTO TOTAL AREA	GASTO PER CAPITA AREA	% Dif sobre la media
Ávila	153.017	38.108.271	96.481.212,67	48.936.555	183.526.039	1.199,38	-1,68%
Burgos	357.244	59.732.640	267.479.801,20	87.092.551	414.304.992	1.159,73	-4,94%
León	313.618	58.160.326	265.606.048,29	93.151.705	416.918.080	1.329,38	8,97%
El Bierzo	135.261	25.534.524	91.099.522,54	42.734.344	159.368.390	1.178,23	-3,42%
Palencia	157.577	34.317.770	106.019.978,97	40.340.798	180.678.547	1.146,60	-6,01%
Salamanca	329.023	65.645.894	280.316.909,43	91.755.766	437.718.569	1.330,36	9,05%
Segovia	146.390	31.896.914	91.873.524,63	30.335.427	154.105.865	1.052,71	-13,71%
Soria	87.761	24.326.139	65.783.560,45	21.676.802	111.786.501	1.273,76	4,41%
Valladolid Oeste	259.662	37.059.815	182.110.372,90	50.411.562	269.581.750	1.038,20	-14,90%
Valladolid Este	263.195	42.480.887	248.629.661,72	63.024.454	354.135.002	1.345,52	10,29%
Zamora	167.344	39.621.746	117.316.552,09	52.304.759	209.243.057	1.250,38	2,50%
Castilla y León	2.370.092	456.884.926	1.812.717.144,89	621.764.723	2.891.366.794	1.219,94	

Fuente: Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León
Datos obtenidos del Portal de Transparencia (para AP y AE correspondientes a 2016) y Farmacia del Cuadro de Mando de cierre 2017 facilitado por D.F. Farmacia



GASTO PER CAPITA AREA (con receta)



CONCLUSIONES GENERALES:

- Es cierto que Soria mantiene una financiación algo superior a la media del conjunto de las áreas de salud (un poco destacable 4,41%) aunque ya alejada de los máximos de años atrás.
- Como se ha visto, en el análisis per cápita, se ve bastante penalizada por la notable desviación existente en Atención Primaria. La escasa población, la dispersión geográfica, el pequeño tamaño de los municipios o la amplia red de puntos de atención continuada son factores que justifican esta desviación.
- En Especializada, se ha conseguido revertir escenarios (al alza) alejados de la media y en estos momentos se está incluso, algo por debajo del estándar regional.
- En Farmacia, a pesar de que en los últimos años hay crecimientos mayores que las medias regionales, nos encontramos que en cualquier escenario (per cápita o persona ponderada) seguimos estando centrados en torno a la media o algo por debajo, no resultando preocupante por el momento esta partida.

7. Sostenibilidad económica

7.2. Indicadores de sostenibilidad.

En este apartado se recoge la capacidad de recaudación de ingresos obtenidos por la GASSO, 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 un 1.5% del presupuesto de la GASSO) 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. Para los años 2015 y 2016, se mantiene una facturación similar en ambos ejercicios, y aunque aumenta sobre el año 2014, no se llegan a recuperar los niveles del cuatrienio 2010-2013.

RECAUDACION POR PRESTACION DE SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA

En cualquier caso, lo que sí se viene advirtiendo ya desde 2013 es 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 resintiendo es la facturación generada por la prestación de estos servicios. La evolución de los datos es la siguiente:

	2013	2014	2015	2016	2017
Facturado asistencia sanitaria GAS	1.935.942	1.706.604	1.828.296	1.829.635	1.751.492
Cobrado asistencia sanitaria GAS	1.767.907	1.685.970	1.739.351	1.571.776	1.770.904
% cobrado / facturado GIS	91,32	98,79	95,14	85,91	101,11

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

Aunque no resulte sustancial, el hecho de no existir hospitales o clínicas privadas en nuestra provincia que puedan atender el amplio número de funcionarios (en términos relativos) con recursos específicos, hace que desde el sistema público debamos atender a estos pacientes sin que tenga reflejo en la población protegida y, por tanto, en el gasto per cápita.

En estos momentos, se encuentran en plena construcción un hospital privado, aunque no se disponen datos oficiales de los servicios que va a albergar.



SORIA Noticias.com

Portada Capital Provincia Deportes Castilla y León Turismo | Soria Rural Reportajes Empleo Rutas Opinión San Juan Agenda



Grupo Latorre construirá un hospital privado que creará 60 puestos de trabajo

CAPITAL Actualizado 22/07/2016 17:46



7. Sostenibilidad económica

7.2. Indicadores de sostenibilidad.

IMPACTO EN LA ECONOMÍA (LOCAL) DE LA PROVINCIA

Resulta indiscutible la huella o impacto que produce en la economía local la ejecución del presupuesto de nuestra organización en la economía local.

TOT GASSO	AÑO 2013		AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017		PROMEDIO 2013/2017	
	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE
SORIA	23.417.917 €	47,95%	23.393.375 €	47,55%	23.600.585 €	47,15%	24.433.499 €	49,11%	25.358.228 €	49,00%	24.040.721 €	48,15%
FUERA	25.425.282 €	52,05%	25.802.370 €	52,45%	26.453.039 €	52,85%	25.320.113 €	50,89%	26.394.357 €	51,00%	25.879.032 €	51,85%
TOTAL	48.843.199 €	100,00%	49.195.745 €	100,00%	50.053.623 €	100,00%	49.753.612 €	100,00%	51.752.585 €	100,00%	49.919.753 €	100,00%

Del total de gastos de los Capítulos II, IV y VI del presupuesto casi la mitad tienen como destinatarios proveedores locales. Es verdad que en un alto porcentaje va destinado al Colegio Oficial de Farmacéuticos que canaliza la facturación de las 65 oficinas de farmacia existentes en la provincia de Soria.

HOSPITAL	AÑO 2013		AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017		PROMEDIO 2013/2017	
	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE
SORIA	1.167.062 €	4,77%	951.290 €	3,86%	1.038.039 €	4,09%	1.299.760 €	5,28%	1.278.983,17 €	4,98%	1.147.027 €	4,60%
FUERA	23.320.297 €	95,23%	23.712.269 €	96,14%	24.344.465 €	95,91%	23.294.729 €	94,72%	24.390.614,16 €	95,02%	23.812.475 €	95,40%
TOTAL	24.487.359 €	100,00%	24.663.559 €	100,00%	25.382.505 €	100,00%	24.594.489 €	100,00%	25.669.597,33 €	100,00%	24.959.502 €	100,00%

A. PRIMARIA	AÑO 2013		AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017		PROMEDIO 2013/2017	
	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE
SORIA	452.969 €	18,39%	605.917 €	23,14%	385.637 €	15,90%	359.997 €	15,36%	465.340,07 €	19,06%	453.972 €	18,47%
FUERA	2.010.111 €	81,61%	2.012.075 €	76,86%	2.040.464 €	84,10%	1.983.691 €	84,64%	1.975.823,54 €	80,94%	2.004.433 €	81,53%
TOTAL	2.463.079 €	100,00%	2.617.992 €	100,00%	2.426.101 €	100,00%	2.343.688 €	100,00%	2.441.163,61 €	100,00%	2.458.405 €	100,00%

G.S.A.	AÑO 2013		AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017		PROMEDIO 2013/2017	
	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE
SORIA	21.797.886 €	99,57%	21.836.168 €	99,64%	22.176.908 €	99,69%	22.773.742 €	99,82%	23.613.905 €	99,88%	22.439.722 €	99,72%
FUERA	94.874 €	0,43%	78.027 €	0,36%	68.109 €	0,31%	41.694 €	0,18%	27.919 €	0,12%	62.125 €	0,28%
TOTAL	21.892.760 €	100,00%	21.914.194 €	100,00%	22.245.018 €	100,00%	22.815.436 €	100,00%	23.641.824 €	100,00%	22.501.846 €	100,00%

7. Sostenibilidad económica

7.2. Indicadores de sostenibilidad.

IMPACTO EN LA ECONOMÍA (LOCAL) DE LA PROVINCIA

Por centros de gasto históricos (desde 2017 ya solo existe uno, en el que se agrupan los tres antiguos), el que mayor porcentaje de gasto destina a la provincia es el correspondiente a la antigua GSA. No obstante, este órgano tenía una función de supervisión y control por que quien realmente induce el gasto son los profesionales de atención primaria y especializada. A continuación, Primaria destina en promedio un 18,47 % del total del presupuesto, un porcentaje razonable si lo comparamos con el escaso 4,60% que se destina desde el hospital. En cualquier caso, esto tiene una explicación muy clara: la gran mayoría de los suministros hospitalarios proceden de grandes laboratorios farmacéuticos o multinacionales que operan en la gran mayoría de los hospitales públicos. La partida más relevante es la correspondiente a la adquisición de víveres que viene a suponer unos 425.000 euros anuales que en su gran mayoría se adquieren a proveedores locales.

PROVSORIA	AÑO 2013		AÑO 2014		AÑO 2015		AÑO 2016		AÑO 2017		PROMEDIO 2013/2017	
	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE	IMPORTE	PORCENTAJE
COL. OF FARMA	19.806.526 €	84,58%	19.863.457 €	84,91%	20.245.970 €	85,79%	20.806.506 €	85,16%	19.680.962 €	77,61%	20.080.684 €	83,53%
AMBULANCIAS	1.848.777 €	7,89%	1.849.367 €	7,91%	1.694.652 €	7,18%	1.848.711 €	7,57%	1.848.711 €	7,29%	1.818.044 €	7,56%
RESTO	1.762.614 €	7,53%	1.680.551 €	7,18%	1.659.963 €	7,03%	1.778.281 €	7,28%	3.828.555 €	15,10%	2.141.993 €	8,91%
TOTAL	23.417.917 €	100,00%	23.393.375 €	100,00%	23.600.585 €	100,00%	24.433.499 €	100,00%	25.358.228 €	100,00%	24.040.721 €	100,00%

Por último, reseñar que más del 83% del gasto realizado en empresas o instituciones de la provincia está destinado al Colegio Oficial de farmacéuticos y más del 7,5% al transporte sanitario convencional gestionado por una empresa local, Nuevas Ambulancias Soria. Como se verá a continuación, ambas instituciones son intensivas en mano de obra y dan empleo a muchos trabajadores de la provincia.



Los farmacéuticos alaban su misión en los pueblos, con una «clara labor social»

● Estos profesionales celebran hoy su Día Mundial con distintas actividades

SORIA. Hoy se celebra el Día Mundial del Farmacéutico, organizado por la Federación Farmacéutica Internacional (FIP), que bajo el lema 'Farmacéuticos, cuidando de ti', busca destacar el concepto global del cuidado de la salud que los farmacéuticos realizan mediante la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Además, en esta edición, FIP aprovecha esta conmemoración para poner en valor en toda el mundo la estrecha relación que une a farmacéuticos y pacientes, que nace de la confianza y confianza mutua, así y como indicación a través de un consultado.

En Castilla y León, los cerca de 4.000 farmacéuticos colegiados conmemoran esta fecha recordando la labor que llevan a cabo desde las múltiples salidas profesionales en las que desarrollan su

labor: los hospitales y centros de salud, la industria y distribución farmacéutica, los análisis clínicos, la docencia o la farmacia comunitaria, donde ejercen alrededor del 70% de los colegiados en activo. Esto supone un total de 2.804 farmacéuticos que cuidan de la salud de los ciudadanos desde las 1.630 farmacias comunitarias.

En palabras de la presidenta del Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Castilla y León (Conceyl), Raquel Martínez, «las farmacias son para los ciudadanos un establecimiento sanitario de referencia a la hora de resolver dudas sobre su salud, así como el medio rural, donde el farmacéutico llega a convertirse en el único profesional sanitario al que pueden acudir a diario».

«En estos casos, el nivel de confianza y complicidad con el paciente es muy alto. Llegado a

realizarse una clara labor social», afirmó. Esta proximidad, recordó la presidenta del Conceyl, «nos permite tener una situación privilegiada a la hora de desarrollar servicios asistenciales, como son los programas de mejora de la adherencia a los tratamientos en población mayor polimedicaada, en los que se trabaja desde 2012, o la detección y prevención de problemas de seguridad relacionados con el uso de medicamentos a través de la Red de Farmacias Castellana que se puso en marcha recientemente».

Además, la presidenta señaló el potencial que presenta la red de farmacias por su cercanía y accesibilidad a los ciudadanos en



Raquel Martínez, presidenta del Conceyl. (Foto: María Toranzo)

relación con labores de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es porque cada día reciben y ofrecen asesoramiento a casi 100.000 personas en Castilla y León.

Con motivo del Día Mundial, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos ha elaborado un cartel para que todos los profesionales lo exhiban en sus trabajos, así como un vídeo conmemorativo. Además, Colegios de Farmacéuticos, Farmacéuticos y otras asociaciones se sumarán a este día organizando diversos actos.

La profesión farmacéutica
En Castilla y León, en la actualidad hay 3.962 farmacéuticos co-

legiados, de los que 2.804 desarrollan su labor profesional en alguna de las 1.630 farmacias. Pero además, existen otros muchos ámbitos en los que trabajan estos profesionales. Así, hay farmacéuticos que trabajan como analistas clínicos, en la Farmacia Hospitalaria, en la Industria Farmacéutica y en la Distribución Farmacéutica. Además de farmacéuticos en la Docencia, la Dermofarmacología, la Salud Pública, la Alimentación, la Óptica o la Ortopedia, entre otros. El perfil del licenciado en farmacia es femenino - ya que representan el 74% de colegiados - y más de la mitad tiene menos de 44 años.

La farmacia comunitaria continúa siendo la salida profesional que aglutina más farmacéuticos, en concreto en las farmacias españolas trabajan el 85,7% de los colegiados en activo. Una de las características distintivas de la Farmacia española es su distribución, ya que gracias a criterios geográficos y demográficos recogidos en la legislación, se garantiza que el 99% de la población disponga de una farmacia donde vive. España es uno de los países europeos que menos habitantes tiene por farmacia, unos 2.200 en el año 2016, lejos de países como Suecia con más de 30.000 habitantes por farmacia o Dinamarca con 17.000 o Reino Unido con 5.000 habitantes de media.

HERALDO

7. Sostenibilidad económica

7.2. Indicadores de sostenibilidad.

IMPACTO EN LA ECONOMÍA (LOCAL) DE LA PROVINCIA

A lo largo de la Memoria, y más concretamente en el punto 7 de Dimensión social, se va a analizar pormenorizadamente los datos referidos al personal de plantilla de la GAS que percibe sus retribuciones de manera directa mediante el sistema de pago de nómina.

Además, hay que destacar que existen en la provincia más de 400 puestos de trabajo que dependen directamente de la actividad a desarrollar por la GAS de Soria.

En unos casos, se trata de contratos de servicios o conciertos directamente relacionados con la prestación de servicios y en otros, como son las oficinas de farmacia, asumiendo un papel fundamental en el servicio y prestación asistencial.

PUESTO DE TRABAJO RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD DE LA GASO

SERVICIO/CONCIERTO	Denominación puesto	Número
OFICINAS DE FARMACIA	Farmacéuticos	101
	Técnicos en Farmacia y Parfarmacia	12
	Auxiliares de farmacia	70
TRANSPORTE SANITARIO	Gerencia y administración	9
	Conductores-Técnicos	95
	Enfermeras/os	14
	Personal médico	2
SERVICIO DE LIMPIEZA HOSPITAL	Encargadas	2
	Personal de limpieza	53
SERVICIO DE LIMPIEZA A. PRIMARIA	Personal de limpieza	18
CONTRATO DE CAFETERÍAS HSB-HVM	Encargada	1
	Cocinero-camarero	17
SERVICIO DE SEGURIDAD HSB-HVM	Vigilantes	8
SERVICIO DE MANTENIMIENTO HSB	Oficiales de mantenimiento	2
TOTALES		404



SORIA Noticias.com

Portada Capital Provincia Deportes Castilla y León Turismo | Soria Rural Reportajes Empleo Rutas Opinión San Juan Agenda

La tercera parte de las farmacias sorianas, en situación de viabilidad comprometida

CASTILLA Y LEÓN Actualizado 20/05/2017 20:08

En toda la Comunidad, las farmacias de Viabilidad Económica Comprometida (VEC), que están ubicadas en el medio rural, suman 242 (el 52% del total).

Castilla y León cuenta en la actualidad con 1.628 farmacias y, de ellas, 842 están ubicadas en zonas rurales (52%). En toda la Comunidad hay 242 boticas en situación de Viabilidad Económica Comprometida (VEC), lo que representa un 15% del total. Teniendo en cuenta el área rural, el 28% de las farmacias rurales se encuentran en esta situación de viabilidad comprometida, un total de 236.

En León hay 29 farmacias VEC (un 8,9% del total), en Zamora 40 farmacias VEC (un 24,3% del total), en Salamanca 45 (un 17% del total), en Valladolid 35 (un 11,5%), en Palencia 8 (un 8,2%), en Burgos 21 (un 10,4%), en Soria 22 farmacias VEC (un 33,8% del total), en Segovia 21 (un 21,2% del total), en Ávila 25 (un 18,8% del total).

8. Dimensión medioambiental

8.1. Información sobre el enfoque de gestión.

La dimensión ambiental goza en nuestra región de un reconocimiento legal a través de la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud, que en su artículo 4.4. dispone que las Administraciones competentes garantizarán un medio ambiente compatible con la salud colectiva, de conformidad con las normas vigentes referidas, entre otras, a la calidad de las aguas, del aire y de los alimentos, al control de salubridad de los residuos, del transporte colectivo, vivienda y urbanismo, y de las condiciones higiénicas de los lugares de esparcimiento, trabajo y convivencia humana.

En ya reiterado III Plan Estratégico 2015-2020 de la GASSO se destaca que nuestra visión debe garantizar la sostenibilidad en el tiempo. En este enfoque está implícitamente incorporada la dimensión medioambiental.

Esta afirmación está plenamente ratificada con existencia de la ESTRATEGIA TRANSVERSAL DE SOSTENIBILIDAD FINANCIERA, AMBIENTAL Y SOCIAL.

En este sentido destaca el objetivo 61 del Plan Estratégico:

Nuestra organización está sometida, además de la Ley anterior, a un notable elenco de normas, que en unos casos revisten carácter legal, en otros reglamentarios y en algunos otros de recomendaciones. Pero es que, además, del sometimiento a las distintas normas a las que estamos obligados por el Estado de derecho, hay otro aspecto que nos obliga tanto o más que el anterior, como es la excelencia en el cuidado de pacientes que cuando acuden a nuestros centros presentan una salud deteriorada. Por ello, nuestros quirófanos deben cumplir unas condiciones óptimas, los pacientes de diálisis se someten a tratamientos que requieren aguas purificadas y osmotizadas, el cumplimiento en materia de legionela debe ser inexcusable o los sistemas de climatización deben garantizar la no propagación de elementos patógenos.



ESTRATEGIA E.VII.1		GESTION FINANCIERA-PRESUPUESTARIA	
OBJETIVO 61	Diseño de políticas medioambientales de nivel general y de ahorro energético, en particular.		
		FECHA	RESPONSABLE
META	Ahorro de costes en materia energética.	2016-20	Dirección de Gestión.
ACTIVIDADES	Desarrollo de las líneas marcadas en la Memoria de sostenibilidad, en esta materia: nuevas combustibles, energía solar, tecnología LED, gestión de residuos, vehículo eléctrico, certificación energética de edificios, etc.	2015	Dirección de Gestión.
	Tramitar procedimientos de desarrollo de acuerdos marco de suministro de energía eléctrica y gas natural.	2015	Dirección de Gestión.
	Incorporar fuente de energía alternativas (sostenibles) en al menos un centro de Primaria y otro de Especializada.	2015	Dirección de Gestión.
	Elaborar estudio de optimización de costes energéticos en Hospital Santa Bárbara (agua, electricidad, gas natural...)	2016	Dirección de Gestión.
	Seguir profundizando en la desagregación de los residuos sanitarios generados (formación, concienciación, información...) en todos los centros de la GIS.	2016	Dirección de Gestión.
INDICADOR	Evaluación anual del ahorro económico en política energética.		

8. Dimensión medioambiental

8.1. Información sobre el enfoque de gestión.

Así pues, las líneas generales de nuestro enfoque de protección medio ambiental se basan en varios aspectos:

- Existe un Plan de gestión de residuos. Además, hay un contrato con una empresa especializada; Consenur, que se ocupa de la recogida y eliminación de residuos peligrosos (grupos III y IV).
- En el Hospital Santa Bárbara, centro donde trabajan más del 60% de la plantilla de la GIS, existe un compactador de basuras que mejora notablemente el sistema tradicional de recogida de basuras, estando además ubicado en un recinto cerrado, para evitar contactos y contagios innecesarios ya que en las cercanías se localizan un colegio y un instituto públicos.
- Cumplimiento estricto del Real Decreto 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico sanitarios para la prevención y control de la legionelosis, con protocolos específicos y todas las actuaciones requeridas por la norma por el Servicio de mantenimiento.
- Existencia de protocolos de recogidas de muestras ambientales en quirófanos, aguas en Cocinas o Diálisis, supervisión y control de las labores de limpieza. Todas estas funciones son asumidas por el Facultativo de Medicina Preventiva y Salud Pública.

- Sistema de notificación de incidentes (SISNOT).
- Calendario de inspecciones reglamentarias por OCA'S (organismos de control autorizados) de las instalaciones principales: instalaciones de baja y media tensión, grupos electrógenos, extintores, instalación de incendios, equipos a presión, etc. La coordinación de todas estas actividades es llevada a cabo por el Servicio de Mantenimiento.
- Supervisión y control de los equipos de Radiología, a través de los protocolos generados por la Unidad de Protección Radiológica del Hospital Universitario de Burgos, centro de referencia para las unidades de Rayos de la provincia de Soria.
- Reducción de un 30% en las emisiones de CO2 con el cambio a gas natural desde el año 2012 en el Hospital Santa Bárbara.
- Sistema de calefacción por biomasa en el Hospital Virgen del Mirón y en Centro de Salud de Olvega.
- Convenio con el EREN (Ente Regional de la Energía de Castilla y León) para seguimiento de una instalación solar térmica instalada en el Hospital Santa Bárbara de Soria. De hecho en 2008 esta instalación de energía solar Térmica del Hospital Santa Bárbara recibió el PREMIO EUROPEO 2008 AL MEJOR PROYECTO DE SERVICIOS ENERGÉTICOS EN EL SECTOR PÚBLICO otorgado al Programa Hospisol.
- En los últimos años, se han eliminado los CFC's (clorofluorocarbonatos) del ámbito hospitalario.
- Con fecha de 2007, se llevó a cabo la digitalización del servicio de radiología. Esto supuso la completa eliminación de las placas radiográficas y la utilización de líquidos de revelado, lo que indudablemente revirtió en una notable disminución de la contaminación química.
- En la actualidad, se esté ejecutando el contrato de digitalización de historias clínicas en el Hospital Santa Bárbara que debe servir como elemento dinamizador de la historia clínica y de dar pasos definitivos hacia un hospital sin papel.
- De la misma forma, recientemente se ha adjudicado el contrato de digitalización de los expedientes de personal.

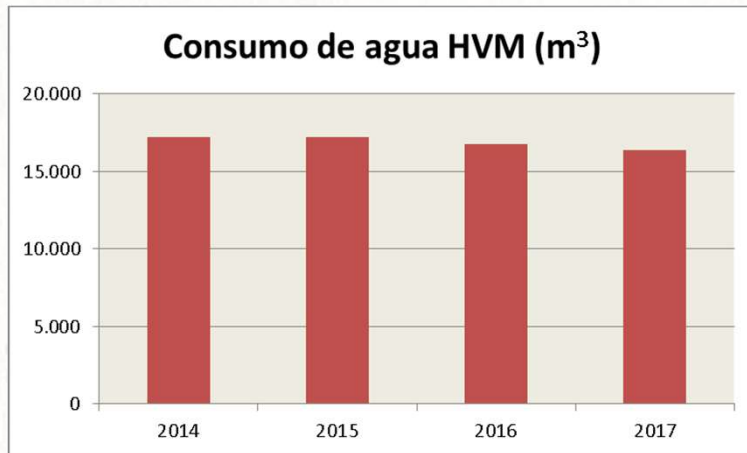
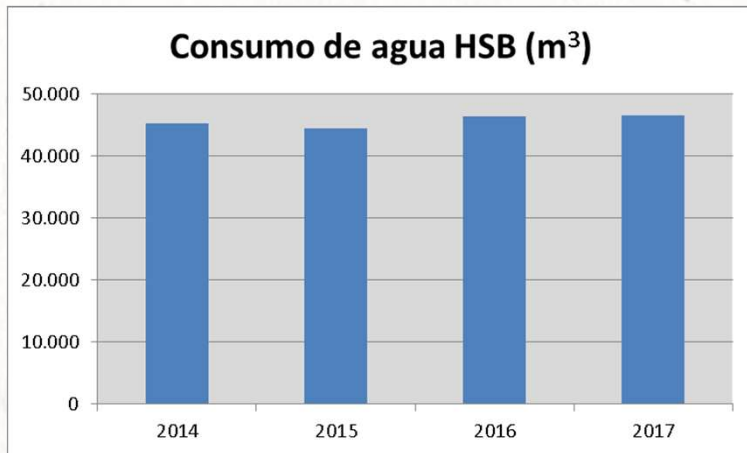


Informe de Sensibilidad Antimicrobianos 2015
Laboratorio de Microbiología

8. Dimensión medioambiental

8.2. Indicadores del desempeño medioambiental.

CONSUMOS DE AGUA



En los últimos 4 años, el consumo de agua se ha mantenido estable, con ligeros crecimientos en el Hospital Santa Bárbara y pequeños decrementos en el Hospital Virgen del Mirón.

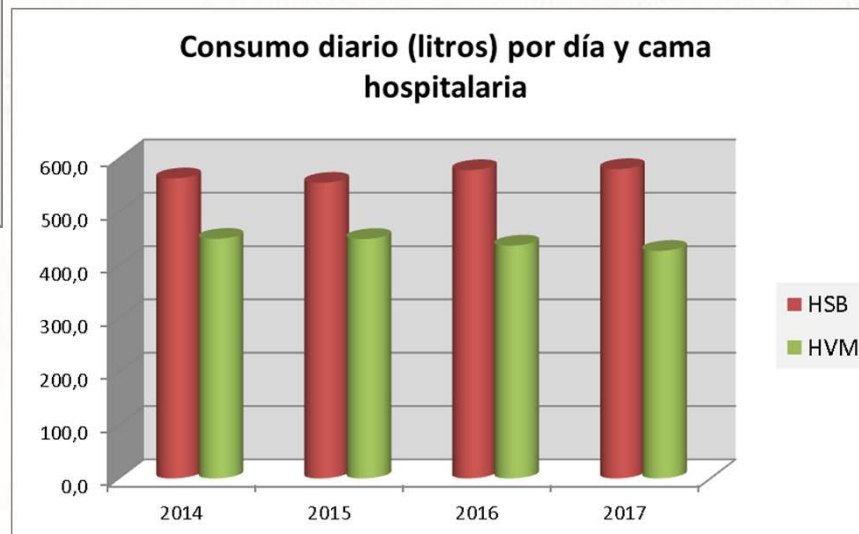
Más allá del consumo absoluto, procede realizar un análisis por centro en función de una ratio habitual como es la cama hospitalaria. Este dato aunque extendido puede presentar mucha variabilidad pues hoy en día los hospitales tienen menos camas hospitalarias oficiales y muchos más servicios complementarios, generalmente ambulatorios.

De cara al cálculo y al gráfico siguiente, las camas oficiales de ambos centros serían:

- Hospital Santa Bárbara: 220 camas.
- Hospital Virgen del Mirón: 105 camas.

Sin embargo, la diferencia entre los dos hospitales es muy notable. En HSB hay camas ambulatorios en servicios como Cirugía Mayor Ambulatoria (13 camas y 6 boxes de despertar), en Urgencias (12 camas de observación y 4 de Unidad de Corta Estancia), 20 puestos (camas) en Unidad de Diálisis, 20 puestos (camas o sillones en Hospital de Día Oncológico) que no computan en el dato oficial. También hay un consumo intensivo de agua en HSB en unidades como Quirófanos, Laboratorios, la propia Unidad de Diálisis o en la piscina terapéutica de Rehabilitación.

En última instancia, destacar la diferente tipología de pacientes. En HVM, con pacientes de media larga estancia, la gran mayoría son dependientes y generan un menor consumo autónoma de agua.



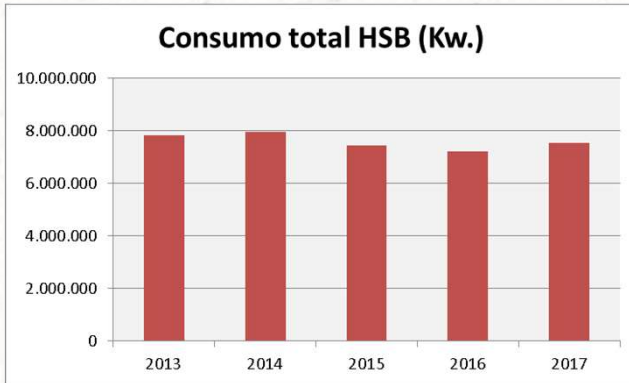
Se considera por algunos estudios que en un hospital el consumo típico es de 960 litros/paciente/día.

Hay que insistir en la variabilidad de los servicios que puede disponer cada hospital. Pero obviamente estamos muy alejados de esos ratios medios y hay que pensar que existe un consumo eficiente de este recurso.

8. Dimensión medioambiental

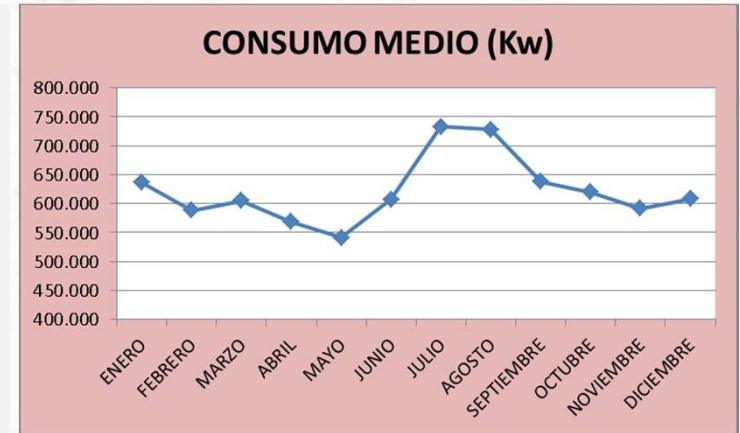
8.2. Indicadores del desempeño medioambiental.

CONSUMOS DE ELECTRICIDAD



En el **HOSPITAL SANTA BÁRBARA**, se ha producido un control exhaustivo de los consumos de electricidad. Hay varios factores que influyen en el consumo, pero sobre todo hay uno fundamental que es la climatología externa. Sobre todo en periodo de verano, el gasto en electricidad generado por la instalación de frío puede suponer un 25% más de lo normal (ver gráfico de consumo medio (Kwh). por meses de los últimos cinco años)

En 2017, la puesta en marcha de los equipos en fecha 20 de mayo de 2017 (un mes antes de lo normal) hizo que se disparase el consumo en los meses de mayo y junio.

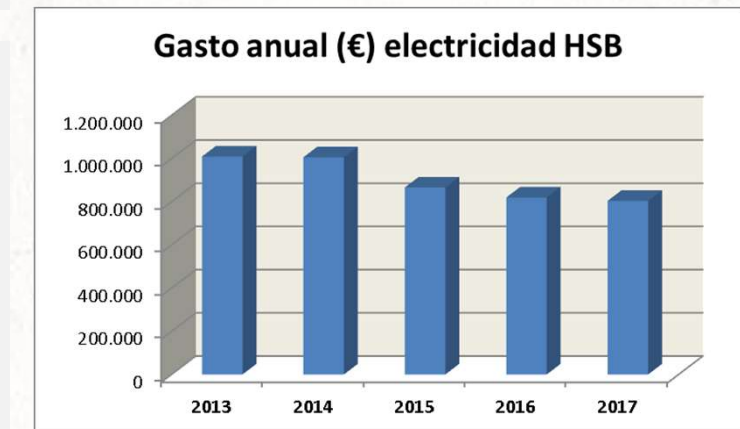


Notable reducción del precio medio del Kwh.

Desde un precio inicial de la serie (2013) de 0,1288 €/kwh al precio medio final de 2017 de 0,1067 €/Kwh, se ha conseguido un descenso de un 20,7%.

Varias han sido las acciones tendentes a conseguir unas notables bajadas del precio medio, entre las que destacan especialmente dos:

- Expedientes de contratación fomentando la competencia entre los operadores del sector, buscando siempre el momento más oportuno del mercado para conseguir buenos precios finales.
- Estudios de consumos, con resultado final de una optimización de potencia que supuso un desembolso inicial pero que ha generado importantes ahorros de futuro.



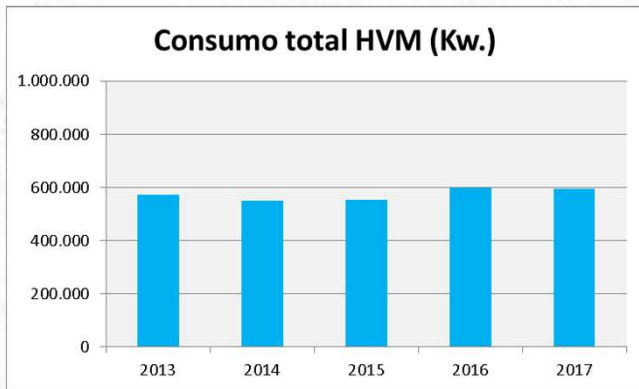
El resultado de todo lo anterior nos lleva a que el gasto anual ha pasado de algo más de un millón de euros anual (2013) a poco más de 800.000€ en 2017. Esto ha venido a representar un porcentaje superior al 25%.



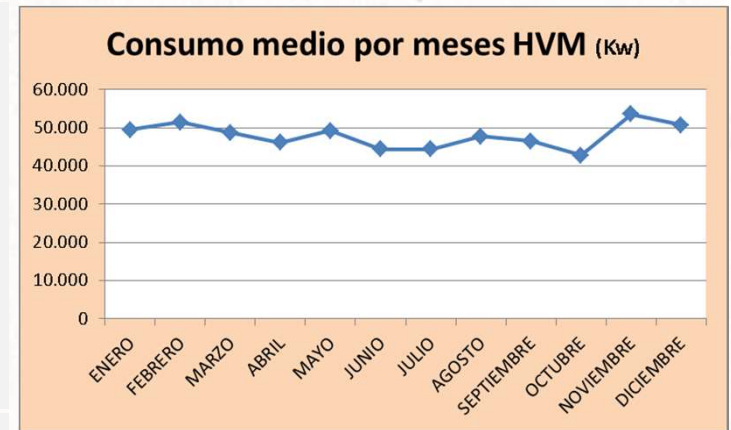
8. Dimensión medioambiental

8.2. Indicadores del desempeño medioambiental.

CONSUMOS DE ELECTRICIDAD



El **HOSPITAL VIRGEN DEL MIRÓN** presenta unos consumos de electricidad mucho más bajos que en el Hospital Santa Bárbara (antes analizado). Salvo algunas zonas aisladas, este centro no dispone de climatización ni de aire acondicionado en verano. Esto hace que el consumo sea bastante regular y al contrario de lo que sucede en HSB los consumos crecen en periodo de invierno (éste está más vinculado a las horas de luz natural).

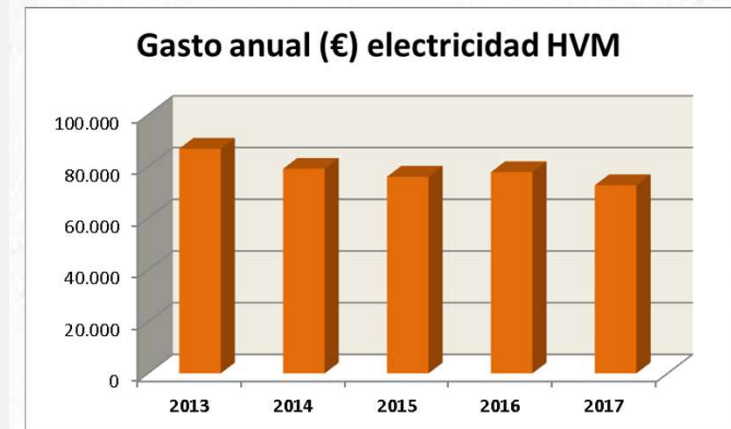


Notable reducción del precio medio del Kwh.

También los precios de este centro se han producido reducciones de precios de hasta el 19,67%. Desde un precio inicial de la serie (2013) de 0,1517 €/kwh y después de varias bajadas consecutivas se ha llegado a un precio medio final de 2017 de 0,1219 €/Kwh.

Se ha seguido la misma política de negociación de precios con los grandes operadores de electricidad y se han conseguido estos magníficos precios.

El precio de 2017 parece que ha supuesto un punto de inflexión y en este ejercicio se están produciendo subidas significativas de precios medios.



El resultado de todo lo anterior nos lleva a que el gasto anual ha pasado de unos 87.000 euros anuales (2013) a poco más de 72.000€ en 2017. Esto ha venido a representar un porcentaje superior al 16%.



8. Dimensión medioambiental

8.2. Indicadores del desempeño medioambiental.

El gas natural es una fuente de energía que solo está disponible en el Hospital Santa Bárbara, aunque este centro es sensiblemente más grande que el Hospital Virgen del Mirón y consume, en este combustible, tanto recursos como todos los centros de salud de la provincia.

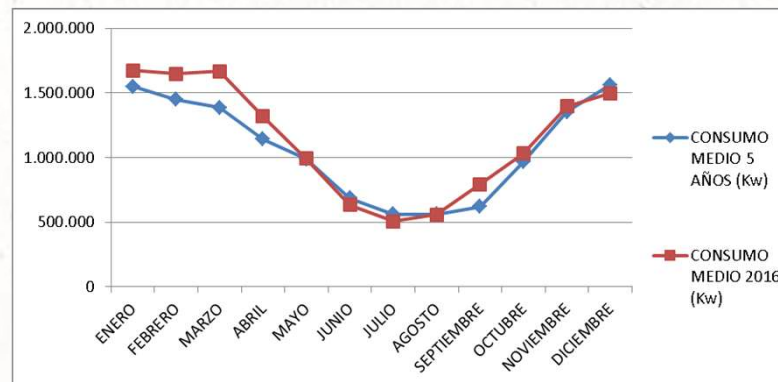
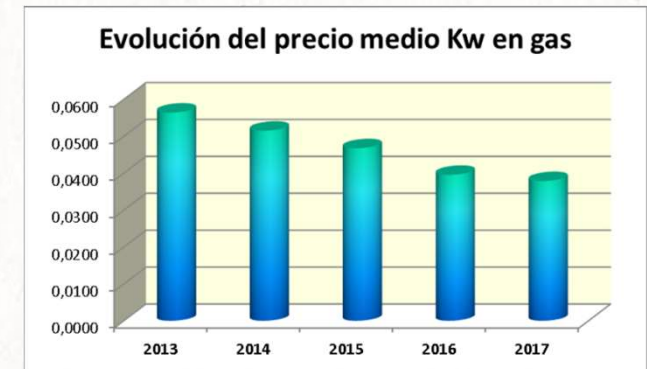
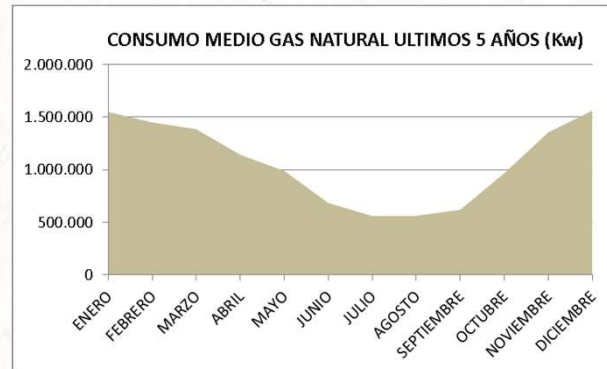
La instalación de gas natural data de 2009 y está integrada en el Edificio Industrial, en la zona este del hospital.

El gas natural se utiliza para generar agua caliente sanitaria (consumo estable a lo largo del año, que puede llegar a suponer un 30% del total) y calefacción que evidentemente está asociado a la climatología exterior (ver gráfico).

El primer año de la serie analizada (2013) se ve condicionado por el mes de septiembre que apenas hubo consumo al utilizar el gasóleo disponible en los tanques.

Por el contrario, 2016 el año más alto de la serie, se ve influido por un invierno duro en la provincia de Soria y excesos notables sobre la media en los cuatro primeros meses (los de mayor consumo junto a diciembre).

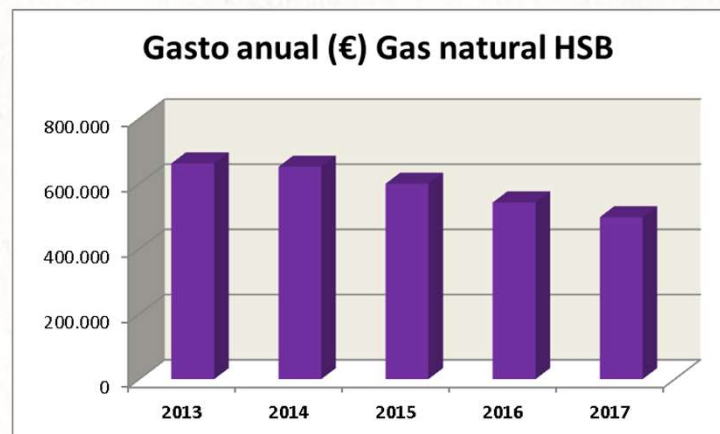
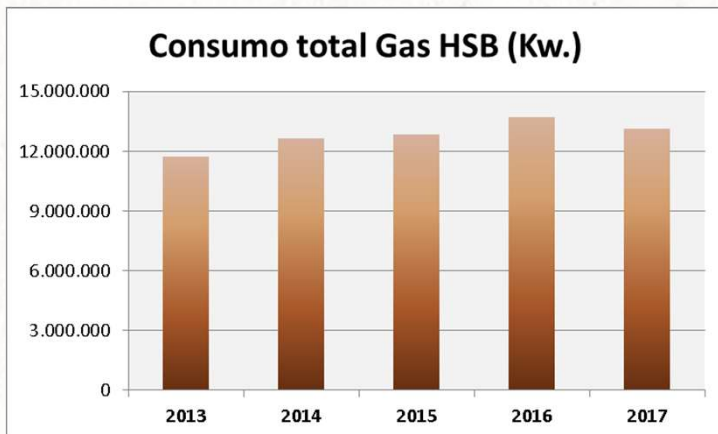
CONSUMOS DE GAS NATURAL



Notable reducción del precio medio del Kwh.

Al igual que sucedió con la electricidad, el gasto de gas natural ha visto reducir su precio medio de 0,564€ hasta los 0,379 € del año 2017.

En este caso, no ha habido cambio de suministrador en todo el periodo (Gas Natural Unión Fenosa), aunque sí se han venido produciendo reducciones de precios hasta alcanzar los valores actuales.



También aquí, hemos conseguido un ahorro estimado en un 25%, ya que a pesar de los aumentos de consumos, el gasto se ha reducido desde los 662.000€ en 2013 a los 497.000 € en el recién finalizado 2017.

8. Dimensión medioambiental

8.2. Indicadores del desempeño medioambiental.

El Hospital Virgen del Mirón es un centro hospitalario que abrió sus puertas allá por el año 1970. Desde entonces, se produjo una remodelación, en los primeros años de la década de los 90. A pesar de que la reforma fue más superficial, se sustituyeron las calderas de la central térmica, aunque no el resto de instalaciones generales del centro, sobre todo agua caliente sanitaria.

En definitiva, se disponía de un sistema de calefacción basado en el consumo de gasóleo que el tiempo ha demostrado que resulta muy contaminante y poco eficiente (ver cuadro inferior).

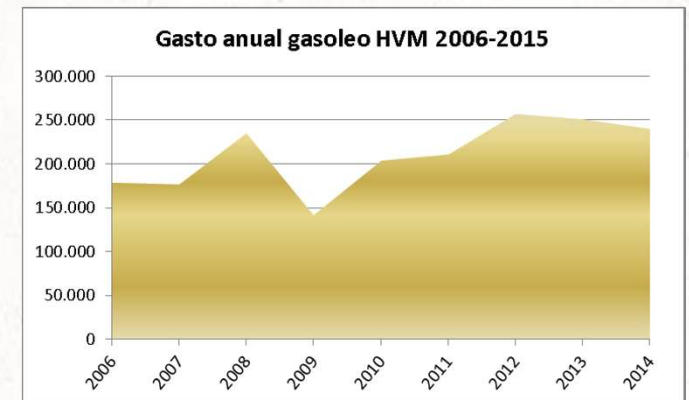
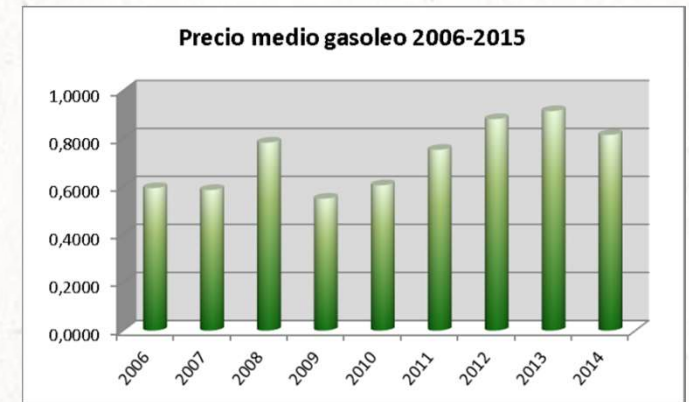
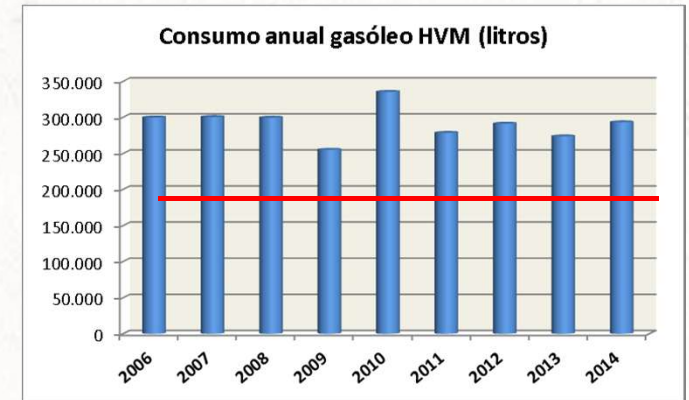
A comienzos del año 2014, las calderas comienzan a presentar signos de obsolescencia evidentes por el transcurso de muchos años de funcionamiento. Se produce además otra circunstancia a considerar, los precios del gasóleo muestran una senda constante de subida de precios que obviamente presionan los gastos finales en esta partida.

En base a esto se lleva a cabo un análisis interno de la situación para planificar las actuaciones de futuro. Se observa un consumo bastante homogéneo, de unos 300.000 litros/año y un precio medio muy variable, condicionado lógicamente por la cotización en los mercados (ver gráficos).

Factores de emisiones de CO2			
	Fuente	Valores aprobados	Valores previos (****)
		kg CO2 /kWh E. final	kg CO2 /kWh E. final
Electricidad convencional Nacional	(*)	0,357	
Electricidad convencional peninsular	(**)	0,331	0,649
Electricidad convencional extrapeninsular	(**)	0,833	0,981
Electricidad convencional Baleares	(**)	0,932	
Electricidad convencional Canarias	(**)	0,776	
Electricidad convencional Ceuta y Melilla	(**)	0,721	
Gasóleo calefacción	(***)	0,311	0,287
GLP	(***)	0,254	0,244
Gas natural	(***)	0,252	0,204
Carbón	(***)	0,472	0,347
Biomasa no densificada	(***)	0,018	neutro
Biomasa densificada (pelets)	(***)	0,018	neutro

FACTORES DE EMISIÓN DE CO2 y COEFICIENTES DE PASO A ENERGÍA PRIMARIA DE DIFERENTES FUENTES DE ENERGÍA FINAL CONSUMIDAS EN EL SECTOR DE EDIFICIOS EN ESPAÑA (Resolución conjunta de los Ministerios de Industria, Energía y Turismo, y Ministerio de Fomento)

CONSUMOS DE GASOLEO



8. Dimensión medioambiental

8.2. Indicadores del desempeño medioambiental.

BIOMASA

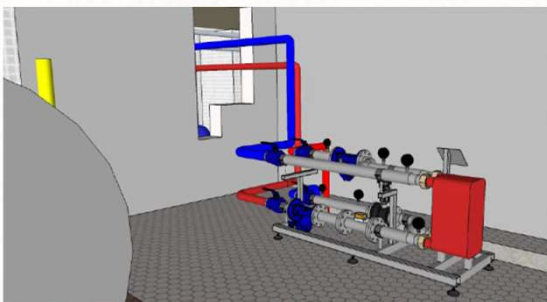
Por las razones antes aludidas, en 2014 se decide abordar un estudio interno de eficiencia energética en el Hospital Virgen del Mirón en el que se valoran las distintas alternativas posibles (gas natural o biomasa), aunque en todos los escenarios se contemplaba la sustitución del gasóleo como fuente de aprovisionamiento de este centro. Las posibilidades fundamentalmente eran tres:

1. Sustitución de la central térmica del centro asumiendo el coste de adquisición de los nuevos equipamientos. Planteaba dos problemas importantes: el primero el coste de la inversión (superior a los 250.000 €), inasumible en esos momentos de crisis y el segundo, sería tomar de antemano la decisión de pasar a gas natural sin haber abordado la eficiencia real de las fuentes de aprovisionamiento a comparar: gas natural contra biomasa.
2. Realizar un estudio de mercado con la empresa distribuidora de gas natural en el Hospital Santa Bárbara para valorar el coste final de la energía, asumiendo la empresa (algo habitual en domicilios) el coste de la inversión.
3. Analizar las posibilidades de negocio que oferta una empresa emergente en la ciudad de Soria en el ámbito de la biomasa.

Del análisis de las distintas alternativas se concluye que la fuente de energía más eficiente es el gas natural, pero cuenta con el importante hándicap de los costes de inversión que de una forma u otra debe asumir nuestra Gerencia. Al incluir los importantes costes a amortizar, pasa a resultar más equilibrada la opción de la biomasa ya que no representa ningún coste de inversión, presenta una eficiencia media, garantiza unos menores niveles de emisión y contaminación y nuestra consideración de gran cliente le otorga a esta empresa local unas posibilidades de desarrollo mayores. De todo ello, se da fe en la correspondiente Memoria económica elaborada al efecto.

Teniendo en cuenta los antecedentes presentados, la solución de la biomasa se consideró la más viable desde el punto de vista económico y técnico.

Se instaló una subestación, con una potencia de 1300 kW. Dicha potencia se calculó teniendo en cuenta la potencia instalada, funcionamiento simultaneo de los equipos y los elementos generadores de ACS que actualmente tiene el centro.



El hospital Virgen del Mirón se abastecerá de la Red de Calor con Biomasa de Soria

miércoles 12 noviembre 2014 | 195

El hospital Virgen del Mirón de Soria se abastecerá de calefacción y agua caliente de la Red de Calor con Biomasa, un cambio de combustible con el que se ahorrará en torno a un 20 por ciento en las facturas, unos 40.000 euros al año, y se dejará de emitir 550 toneladas de CO2 al año.

En septiembre de 2014 se procedió a la licitación del Expediente de ABASTECIMIENTO DE CALEFACCIÓN Y AGUA CALIENTE SANITARIA DEL HOSPITAL VIRGEN DEL MIRON, DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DE SORIA, MEDIANTE UNA RED DE CALOR QUE UTILIZA COMO COMBUSTIBLE LA BIOMASA.

El contrato se firmó con fecha de 28 de octubre de 2014. El inicio del suministro se produjo en los primeros días del año 2015, aunque a modo de pruebas. El comienzo real del servicio fue el 3 de septiembre de 2015.

8. Dimensión medioambiental

8.2. Indicadores del desempeño medioambiental.

BIOMASA

Desde el comienzo del suministro por biomasa ya estaba previsto que éste se producirían en las calderas de calefacción y no así en las de producción de vapor. La estimación realizada es que el vapor habría supuesto en los años previos aproximadamente un 20% del consumo total de gasóleo.

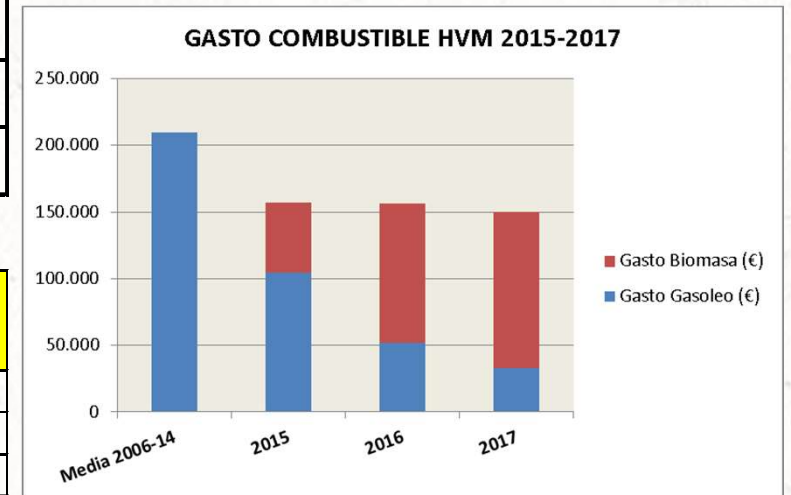
Por tanto, debíamos seguir adquiriendo gasóleo para las calderas de vapor y como reserva ante posibles averías de la nueva instalación para biomasa.

El análisis económico arroja unos datos muy concluyentes, superando incluso las estimaciones iniciales cifradas en un ahorro anual de 40.000 €.

También se han cumplido las previsiones (más al final del periodo analizado) de ahorro de emisiones de CO₂ a la atmósfera.

PERIODO	Gasto Gasoleo (€)	Gasto Biomasa (€)	GASTO TOTAL (€)
Media 2006-14	209.718	0	209.718
2015	104.170	52.933	157.102
2016	52.128	104.264	156.391
2017	32.740	117.484	150.224

AÑO	AHORRO (€)
2015	52.616
2016	53.327
2017	59.494



AÑO	Reducción emisiones de CO ₂ (Kg.)
2015	201.957
2016	446.173
2017	502.448

En la nota de prensa realizada por la empresa adjudicataria con fecha 12 de noviembre de 2014 se decía, *además del ahorro económico, el hospital de El Mirón dejará de emitir 550 toneladas de CO₂ a la atmósfera con la adhesión a la Red de Calor que utiliza un combustible limpio y renovable como es la biomasa. La biomasa es un combustible natural compuesto por residuos orgánicos de los aserradores, de las podas de los montes, de las limpiezas forestales y de los cultivos energéticos.*

La energía térmica, generada por la combustión de biomasa, constituye una energía alternativa, limpia y renovable. El uso de biomasa o de sus derivados puede considerarse neutro en términos de emisiones netas de dióxido de carbono al emplearse en cantidades iguales a la producción neta de biomasa del ecosistema que se explota.

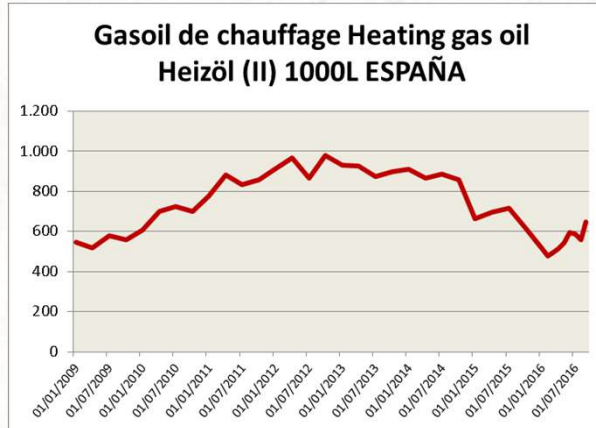
8. Dimensión medioambiental

8.2. Indicadores del desempeño medioambiental.

BIOMASA

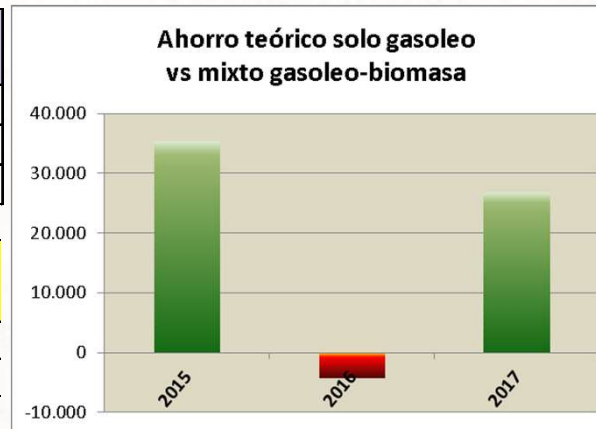
Como queda claramente demostrado en la página anterior, el ahorro económico obtenido es incuestionable, superando incluso las expectativas iniciales. Ahora bien, para completar el análisis debíamos preguntarnos como hubiera sido el gasto teórico en caso de haber seguido consumiendo solamente gasóleo con los precios anuales de mercado.

Se hizo una simulación del consumo teórico medio de los últimos 9 años y se aplicó el precio medio de la compra de gasóleo en cada uno de los años. Los resultados fueron los siguientes:



En 2016 comenzamos a observar que, al tener un precio unitario fijo de la biomasa, no estábamos aprovechando al máximo la bajada de precios del petróleo a nivel internacional y que tenían repercusión en el precio final del gasóleo. Y aunque el términos absolutos el ahorro obtenido ya era evidente, entendíamos que al ser dos mercados bastantes complementarios debíamos aprovechar la coyuntura de precios.

AÑO	Gasoleo teórico (litros)	Precio medio gasoleo	Gasto anual
2015	291.890	0,6593	192.438
2016	291.890	0,5213	152.154
2017	291.890	0,6063	176.965



AÑO	Gasto teórico (solo gasoleo)	Gasto real (mixto biomasa + gasoleo)	Ahorro teórico
2015	192.438	157.102	35.336
2016	152.154	156.391	-4.238
2017	176.965	150.224	26.741

Por ello, con fecha 1 de junio de 2016, se suscribió una cláusula de actualización de precios estableciendo una vinculación de la biomasa a varios parámetros de mercado y criterios bastante complejos pero de aceptación por ambas partes.

Esto supuso que en el año 2017 volvimos a entrar en un escenario de ahorro absoluto pero también teórico: se habían aprovechado al máximo las ventajas del mercado y nuestro poder de negociación.

El hospital Virgen del Mirón se abastecerá de la Red de Calor con Biomasa de Soria ahorrando un 20% en la factura de energía

RETEMA
Revista Técnica de Medio Ambiente



8. Dimensión medioambiental

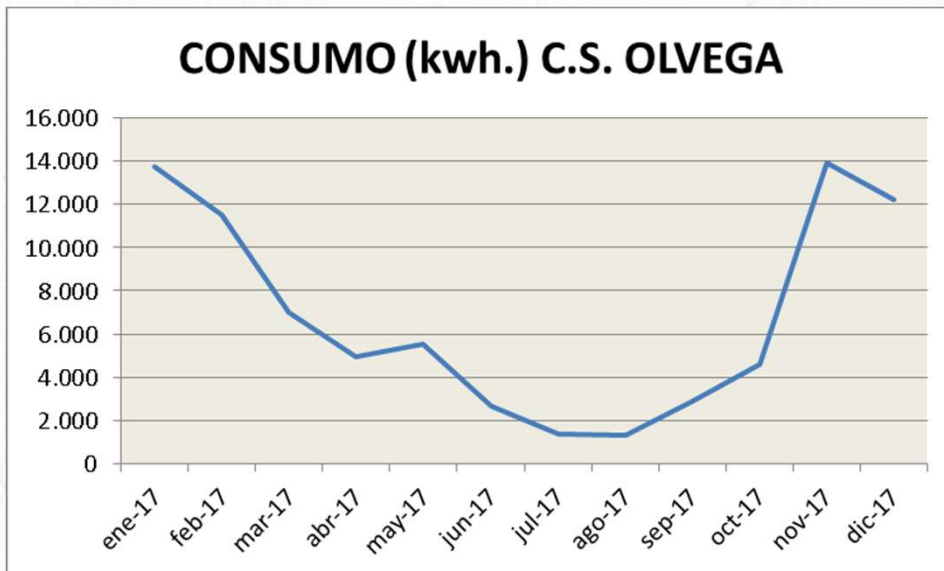
8.2. Indicadores del desempeño medioambiental.

De acuerdo con todas las consideraciones anteriores, a la derecha se expone las condiciones básicas del nuevo acuerdo de actualización de precios.

En la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, en el Centro de Salud de Olvega, también se abastece de biomasa y para el mismo rigen las mismas condiciones contractuales que lo previsto para el Hospital Virgen del Mirón.

En cualquier caso, en Olvega se facturaron en todo el año 2017 82.668 Kwh. muy lejos del 1.615.590 Kwh que supuso la facturación anual del hospital.

No se pueden establecer en este caso análisis coste eficientes ya que se trata de un centro de salud con un consumo escaso (en comparación con otros grandes edificios) y con unas condiciones de variabilidad que pueden desvirtuar los resultados finales. En todo caso, lo que sí es obvio es que la curva de consumo depende en gran medida de la climatología exterior y el gasto anual indiscutiblemente también.



BIOMASA

2º. En el citado contrato se establecía un precio fijo por KWh suministrado, en las condiciones establecidas en los pliegos, de 0,071€ por Kwh. (más el IVA correspondiente).

3º Con fecha 28 de octubre de 2015, se formalizó la prórroga del contrato y se acordó entre las partes un nuevo precio fijado en 0,065 € por Kwh (más IVA).

4º La coyuntura económica internacional ha hecho que el precio del barril del petróleo haya variado considerablemente desde la fecha de la última revisión de este contrato. El precio del petróleo y uno de sus derivados fundamentales como es el gasóleo C han mostrado una tendencia bajista en los últimos meses.

5º Considerando que el contrato actual de suministro por biomasa estaba realizado para sustituir el combustible utilizado en el Hospital Virgen del Mirón que no es otro que el gasóleo C, se da la circunstancia de que con los precios actuales resultaría antieconómico seguir conectados a la red de calor por biomasa.

De acuerdo con lo expuesto con anterioridad, y hasta la adjudicación de un nuevo expediente, las partes ACUERDAN unas nuevas condiciones para lo que resta del contrato actual, consistente en:

1. Se establece un nuevo precio de referencia para el suministro por biomasa, de carácter variable y vinculado al precio del gasóleo C publicado semanalmente en el Boletín Petrolero de Dirección General de Energía y Transportes de la Unión Europea.

2. La fórmula de cálculo será la siguiente:

- Al precio del gasóleo C fijado en Boletín Petrolero, se le resta la media del descuento previsto para Atención Primaria (7,01%) y At. Especializada (7,35%), en el Contrato centralizado de Suministros de Gasóleo C para calefacción con destino a centros de Atención primaria, atención Especializada y Gerencias de Salud de Área de Segovia y Soria, es decir, un 7,18%
- A continuación, se deduce el IVA vigente.
- Al precio resultante se le practica un descuento adicional del 3%.
- Se considera un PCI (poder calorífico inferior) de la biomasa con respecto al gasóleo de 10,28.
- El rendimiento estimado de calderas se fija en un porcentaje estimado del 80%.
- Finalmente, el precio del KWh de biomasa se calculará dividiendo el precio de gasóleo (con el descuento oficial del 7,18%), sin IVA, menos el 3% de descuento adicional entre el PCI por el rendimiento estimado de calderas.
- El precio final resultante se verá aumentado con el IVA correspondiente.

3. Si fija entre las partes un **precio máximo de 0,065 € por KWh** de suministro por biomasa. Es decir que si el cálculo final mediante las fórmulas variables antes expuestas supusiera un límite superior a 0,065€, se aplicaría éste último para todos los meses en que se produjera esta circunstancia. De la misma forma se establece un **precio mínimo de 0,045 € por KWh**.

4. El precio de boletín petrolero variará mes a mes y se tomará como referencia el publicado en la primera semana de cada mes. El precio calculado en función de los criterios anteriormente fijados se aplicará al consumo realizado durante todos los días del mes natural correspondiente.



8. Dimensión medioambiental

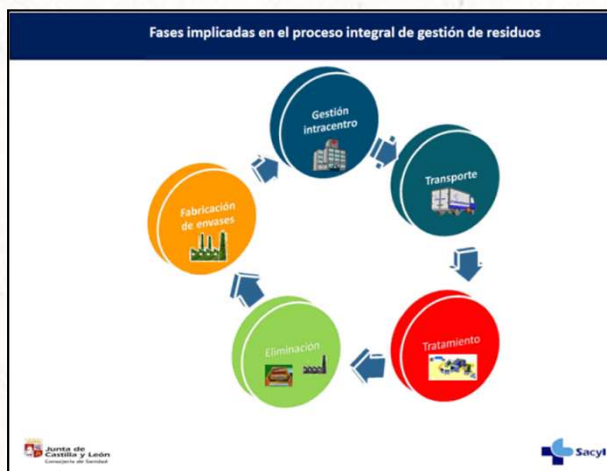
8.2. Indicadores del desempeño medioambiental.

El Complejo Asistencial de Soria cuenta con un Plan Interno de Gestión de Residuos elaborado por el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, donde se recogen todos los datos referentes a su Gestión.

El objetivo principal de este plan es implantar un sistema de gestión avanzada, asegurando la higiene del Centro y la protección de la salud de los usuarios, pacientes y trabajadores, en especial del personal responsable de la manipulación de residuos.

Entre sus Objetivos específicos se destacan:

- Identificar los puntos físicos donde se generan los residuos, la naturaleza de éstos y su cantidad.
- Determinar el Sistema de Gestión más eficiente para minimizar los riesgos de manipulación así como el impacto de las actividades sanitarias en el ambiente y la Salud Pública.
- Facilitar la planificación, control, seguimiento, acciones correctoras, actividades y auditorías.
- Cumplir las obligaciones normativas ya sean de ámbito comunitario, estatal o autonómica.



RESIDUOS SANITARIOS

Los diferentes tipos de residuos generados por actividades sanitarias se clasifican en los siguientes grupos:

GRUPO I: RESIDUOS ASIMILABLES A URBANOS.

Forman parte de este grupo los residuos no específicos de la actividad propiamente sanitaria y que no plantean exigencias especiales de gestión y no incluidos en los Grupos II, III y IV.

Estos residuos incluyen cartón, papel, material de oficinas, cocinas, bares y comedores, talleres, jardinería, material voluminoso como muebles, colchones, etc.

GRUPO II: RESIDUOS SANITARIOS NO ESPECÍFICOS.

Residuos producidos como resultado de la actividad clínica, tales como: Realización de análisis, curas, yesos, pequeñas intervenciones quirúrgicas, y cualquier otra actividad análoga, y que no estén incluidos en el Grupo III, sujetos a requerimientos adicionales de gestión únicamente en el ámbito del centro sanitario.

GRUPO III: RESIDUOS SANITARIOS ESPECÍFICOS O DE RIESGO

Residuos respecto de los que se deben observar medidas de prevención en la manipulación, recogida, almacenamiento, transporte, tratamiento y eliminación, tanto dentro como fuera del centro generador, dado que pueden representar un riesgo para las personas laboralmente expuestas, para la salud pública o para el medio ambiente.

Estos residuos se clasifican, a su vez, en:

Infecciosos: Capaces de transmitir alguna de las siguientes enfermedades infecciosas: cólera, fiebre hemorrágica causada por virus, brucelosis, difteria, meningitis, encefalitis, fiebre Q, muermo, tuberculosis activa, hepatitis vírica, tularemia, tífus abdominal, lepra, ántrax, fiebre paratifoidea A, B y C, peste, poliomielitis, disentería bacteriana, rabia y sida.

Residuos anatómicos, excluyéndose los regulados por el Decreto 2263/1974, de 20 de julio, Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria. Tejidos o partes del cuerpo de pequeña entidad, incluidos productos de la concepción, obtenidos como consecuencia de traumatismos o durante actividades quirúrgicas o forenses no conservados mediante formaldehído u otro producto químico (si es así, debe tratarse, a pesar de no serlo en sentido estricto, de manera conjunta con los residuos de clase IV).

Recipientes conteniendo más de 100 ml de líquidos corporales (trasudados, exudados, contenido de abscesos, drenajes,)

Sangre y hemoderivados en forma líquida.

Agujas y material punzante y/o cortante.

Vacunas de virus vivos atenuados.

GRUPO IV: CITOSTÁTICOS Y RESIDUOS TIPIFICADOS EN NORMATIVAS ESPECÍFICAS y que, en su gestión, están sujetas a requerimientos especiales desde el punto de vista higiénico y medioambiental, tanto dentro como fuera del centro generador.

Estos residuos incluyen:

Sustancias citostáticas, fundamentalmente los restos de medicamentos citotóxicos y todo el material que ha estado en contacto con éstos.

Sustancias químicas tóxicas y/o peligrosas.

Medicamentos no aptos para su administración (caducados, sin especificaciones adecuadas, etc.)

Otros: aceites minerales y sintéticos, los residuos con metales tóxicos, los de laboratorios radiológicos y los residuos radiactivos, las emisiones a la atmósfera y los efluentes cuyo vertido al alcantarillado o a los cursos de agua esté regulado por la normativa vigente.

8. Dimensión medioambiental

8.2. Indicadores del desempeño medioambiental.

RESIDUOS SANITARIOS

RECOGIDA, TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO

- La RECOGIDA de los residuos se realiza según criterios de segregación, asepsia, inocuidad y economía.
- La evacuación de los puntos de producción se hará al menos tres veces al día. En las plantas de hospitalización y hemodiálisis, existen locales de almacenamiento intermedio (vertederos) que disponen de desagüe para el vaciado de líquidos, éstos deberán permanecer cerrados y se limpiarán y desinfectarán diariamente.
- Tanto las bolsas como los contenedores una vez cerrados son transportados en carros destinados a tal fin y que cumplen las condiciones para ellos requeridas. Se emplea el ascensor destinado a sucio, perfectamente señalizado con carteles indicadores, en el ala nueva del Hospital Santa Bárbara se emplea uno de los ascensores destinados a pacientes en horario de menor tránsito de éstos. Después de su uso para la evacuación de residuos se limpia convenientemente.
- El horario en el que se efectúa esta recogida y transporte es el que sigue:
 - ❖ Días laborales con una frecuencia de 4 veces / día (8.00; 11.30; 15.00; 20.00 horas).
 - ❖ Domingos y festivos con una frecuencia de 2 veces / día (8.00; 12.00 horas).

OBLIGACIONES DE LA EMPRESA ADJUDICATARIA DEL SERVICIO DE LIMPIEZA EN HOSPITALES, REFERIDAS A LA RECOGIDA Y GESTIÓN DE RESIDUOS.

Las empresas adjudicatarias del servicio de Limpieza colaborarán con el personal del centro en la correcta clasificación de los distintos tipos de residuos sólidos urbanos o asimilables a urbanos, de acuerdo con las ordenanzas de cada municipio implicado y las normas vigentes de la Comunidad Autónoma especialmente el **Decreto 204/1994, de 15 de septiembre, de Ordenación de la Gestión de los Residuos Sanitarios o normativa de desarrollo.**

Los adjudicatarios deberán proporcionar cantidad suficiente de bolsas y envases que cumplan con la normativa vigente y que faciliten la segregación de los residuos en punto de producción. Las bolsas y envases, para residuos tipo I y II, se retirarán y/ o repondrán según la frecuencia establecida.

Los adjudicatarios serán responsables del transporte dentro del centro de los residuos desde su punto de origen, hasta un punto centralizado de almacenamiento previo a su tratamiento o salida del recinto sanitario. La frecuencia será tal que los residuos no permanecerán más de 24h en el punto de producción.

GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS ESPECÍFICOS.

Los residuos sanitarios específicos, grupos de clasificación III y IV, son objeto de un contrato de servicios en esta materia, adjudicado a la empresa CONSENUR y que incluye las siguientes prestaciones:

- A.- Suministro de envases y contenedores.
- B.- Recogida de residuos y pesaje.
- C.- Transporte.
- D.- Tratamiento específico.
- E.- Control de eliminación.

El servicio a contratar tiene por finalidad la mejora, mediante la adopción de criterios idóneos, de los procesos de clasificación, recogida, transporte, tratamiento y eliminación de los residuos sanitarios específicos de este contrato, fundamentado como la técnica de gestión avanzada de los residuos sanitarios específicos y que cumplirán con los objetivos de calidad que a continuación se indican:

Eliminación de riesgos para la salud y el medio ambiente que puedan derivarse de los residuos producidos.

Prestación de un eficaz servicio que mejore la calidad de la asistencia sanitaria.

Colaborar en la adecuada clasificación de los residuos en origen para favorecer la aplicación de tratamientos específicos y la racionalización de volúmenes y costos.

Cumplimiento de la normativa específica vigente, tanto en el ámbito autonómico como central.

8. Dimensión medioambiental

8.2. Indicadores del desempeño medioambiental.

RESIDUOS GENERADOS HOSPITAL SANTA BARBARA PERIODO 2013-2017

AÑO	Grupo III		Grupo IV			
	Res biosan tratados	Res citotox tratados	Envases contaminados	Trat RTP sol acuo	Dis no halog	RTP ácidos, res espec(reac lab), medic. Caduc, aceites minerales
2013	35.048,33	2.218,86	282,25	2.473,55	91,95	229,95
2014	36.439,79	2.421,01	135,69	5.022,85	179,90	54,42
2015	35.588,17	2.405,16	214,68	9.345,96	248,25	197,52
2016	34.749,41	2.631,96	245,73	12.017,58	297,11	245,19
2017	33.175,55	2.658,85	607,07	11.705,93	177,00	177,16

RESIDUOS GENERADOS HOSPITAL VIRGEN DEL MIRON PERIODO 2013-2017

AÑO	Grupo III		Grupo IV			
	Res biosan tratados	Res citotox tratados	Envases contaminados	Trat RTP sol acuo	Dis no halog	RTP ácidos, res espec(reac lab), medic. Caduc, aceites minerales
2013	1.710,43	400,32	292,56	1.052,47	674,80	48,65
2014	2.109,07	374,00	12,29	1.108,60	1.187,00	113,54
2015	834,31	1.829,09	41,52	900,50	912,50	147,24
2016	789,25	1.263,06	106,21	801,42	2.102,81	50,13
2017	701,04	1.965,04	318,27	2.475,99	808,51	53,20

Como se puede observar en las tablas anteriores, hay una evolución estable en los últimos años en cuanto al volumen de la generación de residuos sanitarios. También en lo que respecta al gasto del servicio de recogida, transporte y eliminación de este tipo de residuos, a través de un contrato adjudicado a nivel regional a la empresa Consenur, S.L. De todos modos, aun cuando la obligación de la Administración es gestionar de la forma más eficiente posible los distintos contratos, en este caso, el enfoque está más dirigido a proteger al trabajador y al medio ambiente y el hecho de que se produzca un aumento en la clasificación de este tipo de residuos, en detrimento de los clasificados urbanos, puede ser incluso calificado de una buena práctica.

En el resto de residuos, Grupos I y II, los asimilables a urbanos o no específicos, son recogidos por la empresa municipal de limpieza, Valoriza. En el Hospital Santa Bárbara en un compactador de basura habilitado al efecto (adquirido por el hospital) y en el Hospital Virgen del Mirón en los contenedores facilitados por la empresa. No hay datos exactos, pero se estima que entre los dos hospitales la cantidad se pueda aproximar a los 180.000 Kg/año.

RESIDUOS SANITARIOS

HOSPITAL SANTA BARBARA

AÑO	GASTO ANUAL
2013	56.660,63
2014	53.356,42
2015	54.413,97
2016	57.235,82
2017	55.637,51

HOSPITAL V. DEL MIRON

AÑO	GASTO ANUAL
2013	6.777,91
2014	6.487,96
2015	7.195,27
2016	7.194,16
2017	9.297,09

También en los centros de salud se produce una adecuada segregación de residuos sanitarios. Aunque bien es verdad que no hay tanta variabilidad, complejidad o peligrosidad de los mismos. En este caso, hay un contrato suscrito también con la empresa Consenur, en el que solo se tiene en cuenta el servicio de recogida y la facturación se produce en función del número efectivo de las mismas.

Recogidas de residuos en Centros de Salud

AÑO	RECOGIDAS	GASTO	PR MEDIO
2013	336	10.725,90 €	31,92 €
2014	306	8.376,18 €	27,37 €
2015	318	8.003,42 €	25,17 €
2016	315	7.933,68 €	25,17 €
2017	329	8.280,27 €	25,17 €

Principales impactos ambientales potenciales

Fase	Aspecto	Impacto ambiental
Fabricación	Consumo de materias primas	Disminución de recursos naturales
	Consumo de energía	Disminución de recursos naturales
Gestión intracentro	Generación Residuos sanitario Asimilable Urbano	Ocupación del suelo
	Generación Residuos sanitarios infecciosos	Ocupación del suelo
	Generación Residuos citotóxicos	Contaminación atmosférica
Transporte	Consumo de combustible	Disminución de recursos naturales
	Emisiones a la atmosfera	Contaminación atmosférica

9. Dimensión social

9.1. Información sobre el enfoque de gestión.

El compromiso de la GASSO con la dimensión social de la organización es incuestionable. Su relevancia está recogida de una u otra forma en todas las declaraciones de la misma.

Nuestra misión ya contempla *formar a los futuros profesionales del sistema sanitario y generar conocimiento a la sociedad a través de su labor investigadora.*

Asimismo, la visión recoge la aspiración *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.*

Dentro de los valores que deben impregnar nuestra institución se destacan:

- Capital humano emprendedor. Trabajo en equipo y sentido de pertenencia.
- 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.
- Participación de profesionales y usuarios.

En el propio Plan Estratégico se destinan dos líneas estratégicas completas a este enfoque:

- **DESARROLLO PROFESIONAL.**
- **PARTICIPACION Y MOTIVACION DE LOS PROFESIONALES**



1. INTRODUCCION	1
2. MISION, VISION, VALORES	7
3. METODOLOGIA	9
4. ANÁLISIS DE SITUACIÓN	13
a. Estructura	13
- Entorno sociodemográfico	17
- Organización asistencial	17
- Recursos humanos	20
- Recursos materiales	21
- Recursos económicos	23
b. Actividad	25
- Cartera de Servicios	25
- Mapa de procesos	27
- Consultas	31
- Urgencias	32
- Pruebas diagnósticas	32
- Hospitalización	32
- Actividad quirúrgica	33
- Actividad comunitaria	34
c. Resultados	38
- Resultados en salud	38
- Calidad y seguridad hospitalaria	43
- Objetivos presupuestarios	44
- Satisfacción del usuario-población	45
- Satisfacción de los profesionales	47
- Evaluación del liderazgo	50
5. EVALUACIÓN EFQM	52
6. ANÁLISIS DAFO	54
7. ORIENTACIONES ESTRATÉGICAS	56
8. MAPA ESTRATÉGICO	65
9. LINEAS ESTRATÉGICAS	66
10. CRONOGRAMA	104
11. EVALUACIÓN	113
GLOSARIO DE TERMINOS	122

Plan Estratégico GIS 2015-2020	
9. LINEAS ESTRATEGICAS	
LINEA ESTRATEGICA I: Modelo asistencial Integrado	
Estrategias:	
E.I.1: Integración asistencial	
E.I.2: Gestión por procesos	
E.I.3: Atención a la cronicidad	
E.I.4: Gestión de cuidados	
LINEA ESTRATEGICA II: Accesibilidad, Universalidad, Equidad y Eficiencia	
Estrategias:	
E.II.1: Cartera y oferta de servicios.	
E.II.2: Variabilidad asistencial.	
E.II.3: Capacidad resolutoria.	
E.II.4: Atención comunitaria y domiciliaria.	
LINEA ESTRATEGICA III: Calidad y Seguridad del Paciente	
Estrategias:	
E.III.1: Mejora continua. Modelo EFQM.	
E.III.2: Buenas prácticas.	
E.III.3: Adversidad y seguridad hospitalarias.	
E.III.4: Calidad percibida.	
LINEA ESTRATEGICA IV: Desarrollo profesional.	
Estrategias:	
E.IV.1: Formación continuada.	
E.IV.2: Docencia.	
E.IV.3: Investigación.	
E.IV.4: Desarrollo y evaluación de la competencia profesional	
LINEA ESTRATEGICA V: Participación y motivación de los profesionales.	
Estrategias:	
E.V.1: Descentralización de la gestión y Gestión Clínica.	
E.V.2: Comunicación y participación de los profesionales.	
E.V.3: Reconocimiento e incentivos.	
LINEA ESTRATEGICA VI: Participación comunitaria.	
Estrategias:	
E.VI.1: Comunicación y participación comunitaria.	
E.VI.2: Alianzas con pacientes, proveedores y partners.	
E.VI.3: Intervención sanitaria comunitaria.	
LINEA ESTRATEGICA VII: Sostenibilidad.	
Estrategias:	
E.VII.1: Gestión financiera-presupuestaria.	
E.VII.2: Sostenibilidad analítica.	
E.VII.3: Recursos humanos.	
E.VII.4: Recursos Materiales.	
E.VII.5: Facturación.	
LINEA ESTRATEGICA VIII: Innovación y desarrollo.	
Estrategias:	
E.VIII.1: Renovación tecnológica.	
E.VIII.2: Historia clínica electrónica.	
E.VIII.3: Telemedicina.	
E.VIII.4: Nuevas prestaciones y servicios.	

9. Dimensión social

9.1. Información sobre el enfoque de gestión.

COMPROMISO CON LOS PROFESIONALES

LINEA ESTRATEGICA IV. DESARROLLO PROFESIONAL

ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR	OBJETIVOS DE DESARROLLO
Estrategia IV.1 Formación continuada	Aumentar la motivación y satisfacción de los profesionales a través de la formación continuada
	Incrementar la participación de los profesionales de la GIS como docentes.
	Instaurar sesiones formativas en todos los equipos de trabajo.
	Instaurar sesiones formativas multidisciplinares y abiertas al área.
Estrategia IV.2 Docencia	Adecuar la formación especializada de la GIS a las necesidades y capacidad de la misma.
	Garantizar el nivel de calidad de la formación pre y postgrado en la GIS.
	Integrar la formación e investigación de la GIS.
Estrategia IV.3 Investigación	Impulsar la investigación en los profesionales de la GIS como proceso de generación, gestión e intercambio de conocimientos Definir las líneas de investigación de la GIS.
	Aprovechar (todos) los recursos externos disponibles en materias de investigación (premios, becas, convocatorias proyectos,...).
Estrategia IV.4 Desarrollo y evaluación de la competencia profesional	Evaluar las funciones y aptitudes del personal por categoría y/o puesto de trabajo.
	Capacitación de los profesionales mediante la actualización de las competencias y la mejora permanente de su cualificación, sirviendo de apoyo al desarrollo de su carrera profesional.



9. Dimensión social

9.1. Información sobre el enfoque de gestión.

COMPROMISO CON LOS PROFESIONALES



LINEA ESTRATEGICA V. PARTICIPACION Y MOTIVACION DE LOS PROFESIONALES

ESTRATEGIAS A IMPLEMENTAR

OBJETIVOS DE DESARROLLO

Estrategia V.1 Descentralización de la gestión y gestión clínica

Planificación de la descentralización según modelo EFQM basado en la gestión por procesos, mejora continua y resultados asistenciales.

Incorporación de la Gestión Clínica en el Sistema de descentralización.

Estrategia V.2 Comunicación y participación de los profesionales

Impulsar la comunicación interna a través de la revisión y desarrollo del Plan de Comunicación.

Plan de acogida unificado con especificaciones según nivel, categoría, lugar de trabajo, etc.

Impulsar la participación de los profesionales en las actividades de la Organización.

Impulsar procesos de Movilidad Interna Voluntaria y Promoción Interna para los profesionales de la GIS.

Estrategia V.3 Reconocimiento, incentivación y motivación

Fomentar una imagen de lugares y condiciones seguras de trabajo.

Fomentar la participación en congresos, jornadas, seminarios relativos a actividades propias de la GIS.

Fomentar la adquisición de conocimientos y habilidades de los profesionales a través de intercambios con otras organizaciones incentivando así la incorporación de nuevas técnicas.

Fomentar e incentivar la realización de actividades extralaborales entre los profesionales de la GIS y la colaboración con otras entidades en beneficio de la sociedad.



9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

EMPLEO

EFFECTIVOS TOTALES

SEXO	ATENCION ESPECIALIZADA		ATENCION PRIMARIA		TOTAL GASSO	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
HOMBRE	233	20,40%	126	28,77%	359	22,72%
MUJER	909	79,60%	312	71,23%	1.221	77,28%
TOTAL	1142	100,00%	438	100,00%	1.580	100,00%

EDAD MEDIA A. PRIMARIA(años)	55,40
EDAD MEDIA A. ESPECIALIZADA (años)	53,78
DIFERENCIA (%)	3,01%

En cuanto a la edad media, diferencias poco relevantes, aunque cuantitativamente es bastante alta en ambos niveles.

ATENCION ESPECIALIZADA. EFFECTIVOS TOTALES POR AREAS DIRECTIVAS

AREA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	% MUJERES	% HOMBRES
DIRECCION	2	6	8	25,0%	75,0%
ADMINISTRACION Y GESTION	208	118	326	63,8%	36,2%
ENFERMERIA	593	27	620	95,6%	4,4%
MEDICA	102	81	183	55,7%	44,3%
INSPECCION	4	1	5	80,0%	20,0%
TOTALES	909	233	1.142	79,6%	20,4%

EN ATENCION ESPECIALIZADA:

- Amplísima mayoría de mujeres en el colectivo de enfermería (cercano al 100%).
- Más moderado en las otras dos áreas (Administración y Médica).
- Mayor porcentaje de hombres al frente de los puestos directivos

Conclusiones muy similares en el nivel asistencial de Primaria: gran superioridad en el colectivo de enfermería, menor peso en las otras dos áreas (gestión y enfermería) y mayoría de directivos del sexo masculino.

ATENCION PRIMARIA. EFFECTIVOS TOTALES POR AREAS DIRECTIVAS

AREA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	% MUJERES	% HOMBRES
DIRECCION	2	5	7	28,6%	71,4%
ADMINISTRACION Y GESTION	52	23	75	69,3%	30,7%
ENFERMERIA	156	20	176	88,6%	11,4%
MEDICA	102	78	180	56,7%	43,3%
TOTALES	312	126	438	71,2%	28,8%

9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

EMPLEO

ATENCIÓN ESPECIALIZADA. EFECTIVOS TOTALES POR CATEGORÍAS					
AREA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	% MUJERES	% HOMBRES
ADMINISTRACION	82	25	107	76,6%	23,4%
CELADORES	61	33	94	64,9%	35,1%
DIRECCION	2	6	8	25,0%	75,0%
ENFERMERÍA	295	16	311	94,9%	5,1%
MATRONAS	8	0	8	100,0%	0,0%
FISIOTERAPEUTAS	12	0	12	100,0%	0,0%
HOSTELERIA	52	11	63	82,5%	17,5%
INFORMATICA	2	6	8	25,0%	75,0%
INSPECCION	4	1	5	80,0%	20,0%
MANTENIMIENTO	1	40	41	2,4%	97,6%
MEDICOS	102	81	183	55,7%	44,3%
ORDENANZAS	3	2	5	60,0%	40,0%
PREVENCION	1	1	2	50,0%	50,0%
TCAE	232	4	236	98,3%	1,7%
TECNICO SUP	41	6	47	87,2%	12,8%
TELEFONISTAS	6	0	6	100,0%	0,0%
TERAPEUTAS OC.	2	1	3	66,7%	33,3%
TRAB SOCIAL	3	0	3	100,0%	0,0%
TOTALES	909	233	1.142	79,6%	20,4%

ATENCIÓN PRIMARIA. EFECTIVOS TOTALES POR CATEGORÍAS					
AREA	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	% MUJERES	% HOMBRES
ADMINISTRACION	37	10	47	78,7%	21,3%
CELADORES	9	10	19	47,4%	52,6%
DIRECCION	2	5	7	28,6%	71,4%
ENFERMERÍA	116	16	132	87,9%	12,1%
FISIOTERAPEUTAS	7	2	9	77,8%	22,2%
HOSTELERIA	6	0	6	100,0%	0,0%
INFORMATICA	0	2	2	0,0%	100,0%
MANTENIMIENTO	0	1	1	0,0%	100,0%
MATRONAS	6	0	6	100,0%	0,0%
MEDICOS	102	78	180	56,7%	43,3%
TCAE	16	0	16	100,0%	0,0%
TECNICO SUP	5	2	7	71,4%	28,6%
TRAB SOCIAL	6	0	6	100,0%	0,0%
TOTALES	312	126	438	71,2%	28,8%

EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- Destacan porcentajes absolutos del 100% en matronas, fisioterapeutas, telefonistas y trabajadores sociales.
- Superiores al 90% en enfermería y TCAE's.
- Por la importancia cuantitativa y cualitativa mencionar el 55,7% de facultativos mujeres.
- En el otro extremo resalta el casi 100% del personal de mantenimiento masculino y un 75% en el ámbito directivo.



EN ATENCIÓN PRIMARIA:

- Porcentajes del 100% en TCAE's, matronas, trabajo social y hostelería.
- En enfermería, sigue destacando la presencia femenina con casi el 88% del total.
- En personal médico, se mantiene una proporción muy similar a Especializada del 56,7% sobre el total.

9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

EMPLEO

ATENCION ESPECIALIZADA

PERSONAL POR TIPO DE VINCULO

	MUJERES	% SOBRE EL TOTAL	HOMBRES	% SOBRE EL TOTAL	TOTAL	% SOBRE EL TOTAL
FIJO	638	70,19%	154	66,09%	792	69,35%
INTERINO	180	19,80%	57	24,46%	237	20,75%
SUSTITUTO DE LARGA DURACION	62	6,82%	17	7,30%	79	6,92%
EVENTUAL DE LARGA DURACION	29	3,19%	5	2,15%	34	2,98%
TOTALES	909	100,00%	233	100,00%	1.142	100,00%

En el nivel de Especializada no se aprecian diferencias significativas por sexos en cuanto al tipo de vinculación. En todo caso, cuatro puntos porcentuales en favor de las mujeres en plazas de carácter fijo.

ATENCION PRIMARIA

PERSONAL POR TIPO DE VINCULO

	MUJERES	% SOBRE EL TOTAL	HOMBRES	% SOBRE EL TOTAL	TOTAL	% SOBRE EL TOTAL
FIJO	207	66,35%	88	69,84%	295	67,35%
INTERINO	68	21,79%	29	23,02%	97	22,15%
SUSTITUTO DE LARGA DURACION	24	7,69%	3	2,38%	27	6,16%
EVENTUAL DE LARGA DURACION	13	4,17%	6	4,76%	19	4,34%
TOTALES	312	100,00%	126	100,00%	438	100,00%

Por razón de género hay bastantes similitudes en el tipo de vinculación. Aunque aquí la balanza se inclina hacia los hombres en la ocupación de plazas estables.

9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

En la página 13 del presente documento se expresaba que los recursos humanos en periodo estival pueden superar los 2000 efectivos.

Y efectivamente así es. A plantilla estable de unos 1.610 trabajadores hay que añadir de forma permanente las reducciones de jornada, los contratos de eventuales fuera de plantilla, la cobertura de las bajas laborales o las sustituciones que se producen con cierta normalidad por la concesión de permisos por enfermedad de familiar o por formación o cualquier otro motivo fuera del periodo habitual de disfrute del periodo vacacional.

A todo lo anterior, hay que añadir el importante número de contratos de sustitución que se produce en periodo de verano por el disfrute de las vacaciones reglamentarias de todo el personal. No existen porcentajes homogéneos de sustitución, en unos casos porque no es posible (contratar médicos en verano resulta casi imposible) y en otros por las dificultades que supondría la formación (en muchos puestos de administración o mantenimiento). Para el personal del área de enfermería (enfermeras, técnicos superiores o TCAE's) u hostelería los porcentajes de sustitución son muy altos acercándose al 90% del total de días concedidos.

Y además, hay que destacar que en los años de la crisis (2012) se suprimieron una serie de días complementarios de vacaciones y asuntos particulares relacionados con la antigüedad. Todos ellos se recuperaron en el año 2015, aunque se hicieron efectivos en 2016 y 2017, a razón de 50% cada año. Esto ha supuesto que los dos últimos años el personal ha contado con una media de 4-5 días adicionales que a lo largo de 2018 ya no tendrán derecho a disfrutar.

A continuación se muestran las tablas de perceptores de nómina del mes de agosto de 2017 que por cualquier tipo de nombramiento o contrato han percibido cualquier tipo de retribución de nuestra Gerencia.

EMPLEO

ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

PERCEPTORES DE NOMINA EN AGOSTO 2017

AREA	Perceptores
ADMINISTRACION	130
CELADORES	134
DIRECCION	5
ENFERMERÍA	412
MATRONAS	9
FISIOTERAPEUTAS	13
HOSTELERIA	103
INFORMATICA	5
INSPECCION	6
MANTENIMIENTO	38
MEDICOS	204
ORDENANZAS	4
PREVENCION	2
TCAE	324
TECNICO SUP	63
TELEFONISTAS	8
TERAPEUTAS OC.	4
TRAB SOCIAL	3
PERSONAL EN FORMACION	13
OTROS	3
TOTALES	1.483

ATENCIÓN PRIMARIA.

PERCEPTORES DE NOMINA EN AGOSTO 2017

AREA	Perceptores
ADMINISTRACION	58
CELADORES	25
DIRECCION	7
ENFERMERÍA	154
FISIOTERAPEUTAS	9
HOSTELERIA	10
INFORMATICA	2
MANTENIMIENTO	1
MATRONAS	6
MEDICOS	189
TCAE	22
TECNICO SUP	10
TRAB SOCIAL	6
PERSONAL EN FORMACION	21
OTROS	9
TOTALES	529

Obviamente, la suma de ambos niveles asistenciales viene a representar en el mes de agosto-17 (el de mayor contratación) un total de 2012 perceptores de nómina.

9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

A continuación, se analiza el personal empleado no nacido en nuestro país tanto por sexo como por tipo de vinculación.

En la actualidad, ya no sufren ninguna discriminación por el hecho de no disponer de la nacionalidad. Hasta no hace mucho, aunque laboralmente no tenían ninguna diferencia, desde SACYL se nos obligaba a realizar un contrato laboral con una duración máxima establecida (un año) y una menor retribución. Hoy en día, y a instancias de nuestra Gerencia, esta situación está felizmente superada.

ATENCION ESPECIALIZADA PERSONAL EMPLEADO NO NACIDO EN ESPAÑA			
CATEGORIA PROFESIONAL	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
ENFERMERO/A	0	5	5
LDO. ESPECIALISTA	11	10	21
MIR 4º AÑO	1		1
MIR 5º AÑO	1		1
TOTALES	13	15	28

ATENCION ESPECIALIZADA PERSONAL EMPLEADO NO NACIDO EN ESPAÑA					
CATEGORIA PROFESIONAL	INTERINO	EVENTUAL	SUSTITUTO	TEMPORAL	TOTALES
ENFERMERO/A		3	2		5
LDO. ESPECIALISTA	4	6	2	9	21
MIR 4º AÑO				1	1
MIR 5º AÑO				1	1
TOTALES	4	9	4	11	28

EMPLEO

ATENCION PRIMARIA PERSONAL EMPLEADO NO NACIDO EN ESPAÑA			
CATEGORIA PROFESIONAL	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
LDO. ESPECIALISTA - MEDICO DE AREA	1	9	10
LDO. ESPECIALISTA - PEDIATRA DE AREA		1	1
MEDICO DE FAMILIA	2		2
MEDICO REFUERZO		2	2
MIR 1º AÑO		1	1
MIR 2º AÑO		1	1
MIR 3º AÑO	1		1
MIR 4º AÑO		2	2
TOTALES	4	16	20

ATENCION PRIMARIA PERSONAL EMPLEADO NO NACIDO EN ESPAÑA					
CATEGORIA PROFESIONAL	INTERINO	EVENTUAL	SUSTITUTO	TEMPORAL	TOTALES
LDO. ESPECIALISTA - MEDICO DE AREA		7		3	10
LDO. ESPECIALISTA - PEDIATRA DE AREA			1		1
MEDICO DE FAMILIA	2				2
MEDICO REFUERZO		2			2
MIR 1º AÑO				1	1
MIR 2º AÑO				1	1
MIR 3º AÑO				1	1
MIR 4º AÑO				2	2
TOTALES	2	9	1	8	20

Entre los dos niveles asistenciales, el personal empleado no nacido en nuestro país, viene a representar un 2,38% del total del personal contratado en el mes de agosto de 2017.

9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

EMPLEO

Como se comentaba en páginas anteriores, por diferentes motivos, aunque el principal es la mejoría general de la situación económica y la posibilidad de disponer de una mayor presupuesto destinados a contrataciones temporales de personal, se han producido notables incrementos en el periodo objeto de análisis de esta Memoria (2013-2017).

Como se viene reflejando a lo largo del documento, existen diferencias en cuanto al modo de gestionar las políticas de contratación del personal.

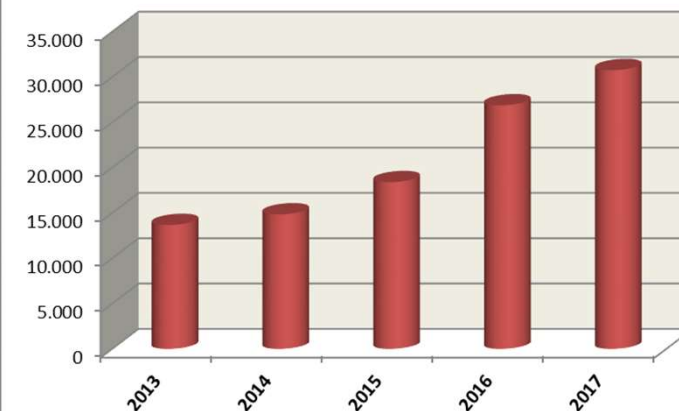
En Atención Especializada, la descentralización puede llegar a nivel de las Direcciones ostentando, en este sentido, el mayor protagonismo la Dirección de Enfermería pues al colectivo más numeroso del hospital (más de 800 personas en verano) se suma el alto porcentaje de contratación, ya señalado con anterioridad.

En Atención Primaria, desde hace varios años, la descentralización se produce, generalmente, a través del sistema INCOAS (índice de cobertura de ausencias). En este caso, se asigna una cuantía anual de días de sustitución (con diferente ponderación en función del coste que genere el sustituto) para cada EAP, en función de la plantilla real del mismo, de las necesidades asistenciales y de la coyuntura económica de la Gerencia. Aunque también existe el sistema convencional de gestión de sustituciones por las propias direcciones.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA. EVOLUCION DE DIAS DE SUSTITUCIÓN POR AÑO Y MOTIVO.

MOTIVO CONTRATACION	2013	2014	2015	2016	2017	Incremento 2013/2017	Incremento 2015/2017
I.T.	8.355	9.296	9.725	12.853	12.692	49,22%	28,20%
VACACIONES	13.666	14.839	17.814	23.965	27.412	98,13%	51,99%
PERMISOS Y LIC			581	2.909	3.583	533,22%	533,22%
VAC + P Y L	13.666	14.839	18.395	26.874	30.755	125,05%	67,19%
LIB SINDICAL	5.153	5.439	5.382	5.336	4.523	-28,60%	-31,64%
TOTALES	27.174	29.574	33.502	45.063	46.901	72,60%	39,99%

DIAS DE SUSTITUCION POR VACACIONES Y PERMISOS AE



Aunque existe una alta correlación, el gasto total en sustituciones aún ha crecido en mayor medida que el propio incremento de días.

En 2013, el gasto en Especializada ascendió a un total de 1.484.922 € y el recién finalizado 2017 2.857.715 €, lo que viene a suponer un crecimiento de más del 92% respecto al primer ejercicio de la serie analizada.



9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

EMPLEO

E.A.P. / UNIDAD	Año 2015	Año 2016	Aumento de INCOAS		Año 2017	
				% 2015-16		% 2016-17
AGREDA	202,0	257,0	55,0	27,23	271,9	5,79%
ALMAZAN	192,0	253,0	61,0	31,77	267,9	5,88%
ARCOS DE JALON	216,0	279,0	63,0	29,17	323,8	16,05%
BERLANGA	146,0	175,0	29,0	19,86	212,4	21,35%
BURGO DE OSMA	220,0	284,0	64,0	29,09	306,3	7,86%
PINARES-COVALEDA	160,0	202,0	42,0	26,25	216,9	7,36%
GOMARA	193,0	230,0	37,0	19,17	239,9	4,31%
OLVEGA	205,0	254,0	49,0	23,90	272,6	7,32%
SAN ESTEBAN DE GORMAZ	263,0	313,0	50,0	19,01	325,4	3,96%
SAN LEONARDO DE YAGUE	178,0	214,0	36,0	20,22	228,9	6,95%
SAN PEDRO MANRIQUE	109,0	140,0	31,0	28,44	152,4	8,85%
SORIA RURAL	513,0	640,0	127,0	24,76	702,0	9,68%
SORIA NORTE	367,0	456,0	89,0	24,25	505,6	10,87%
SORIA SUR	332,0	404,0	72,0	21,69	533,6	32,08%
SORIA TARDES	112,0	124,0	12,0	10,71	172,6	39,19%
TOTAL	3.408,0	4.225,0	817,0	23,97	4.732,0	12,00%

ATENCIÓN PRIMARIA

EVOLUCION DE DIAS DE SUSTITUCIÓN POR AÑO Y MOTIVO.

MOTIVO SUSTITUCION	2013	2017	Incremento 2013/2017
I.T.	2.114	2.832	33,96
L.D.	195	608	211,79
VACACIONES	1.243	2.752	121,40
FORMACION	8	13	62,50
LIB SINDICAL	2.548	2.982	17,03
PERMISOS Y LIC.	141	301	113,48
Otros motivos	290	3.466	1095,17
TOTAL	6.539	12.954	98,10

Aun cuando no representa un volumen como el de Especializada, por la vía ordinaria de sustituciones se gestionan casi 13.000 días en el año 2017. En cuestión de gasto, el incremento de esta partida es del 78%, al pasar de 554.000 € (en 2013) a 986.000€ en el año 2017.

Como se puede apreciar, también en la sistemática de INCOAS han crecido las posibilidades de sustitución en un 36% en el periodo 2015-2017. Este sistema vuelca en gran medida la utilización del recurso en un mayor gasto en la partida de atención continuada y no en sustituciones como ocurre en el 100% de las sustituciones en Especializada.



9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

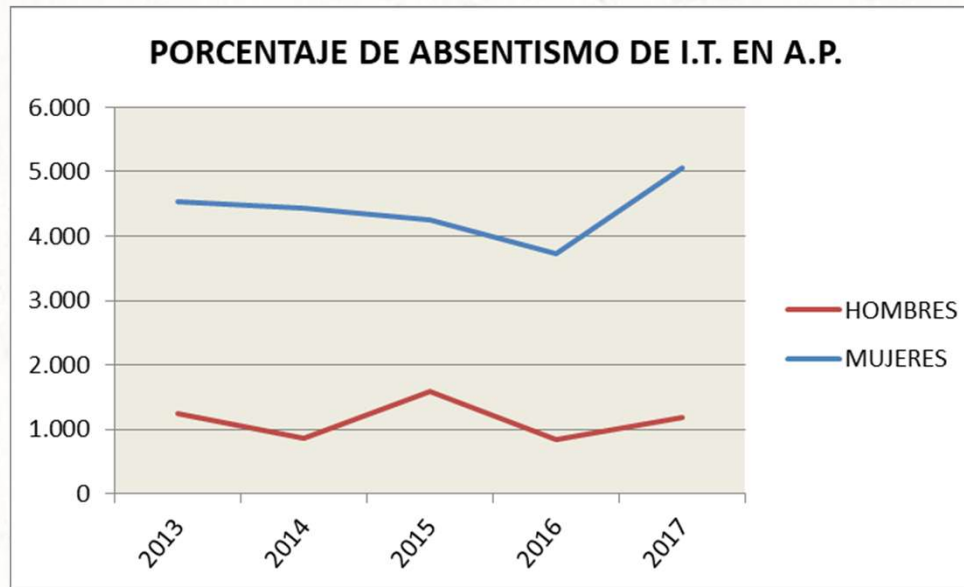
ABSENTISMO POR ENFERMEDAD

TOTALES ABSENTISMO DE I.T. EN A.P.			
AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2013	1.239	4.526	5.765
2014	857	4.428	5.285
2015	1.593	4.262	5.855
2016	829	3.733	4.562
2017	1.188	5.057	6.245
Media periodo	1.141	4.401	5.542

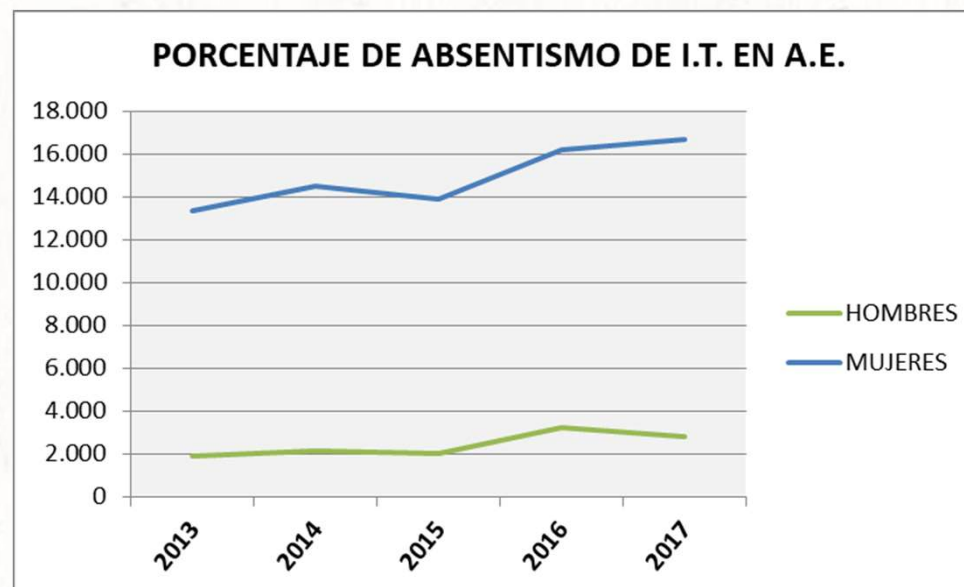
PORCENTAJE DE ABSENTISMO DE I.T. POR SEXOS			
AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2013	21,49%	78,51%	100,00%
2014	16,22%	83,78%	100,00%
2015	27,21%	72,79%	100,00%
2016	18,17%	81,83%	100,00%
2017	19,02%	80,98%	100,00%
Media periodo	20,59%	79,41%	

TOTALES ABSENTISMO DE I.T. EN A.E.			
AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2013	1.909	13.364	15.273
2014	2.169	14.514	16.683
2015	2.009	13.893	15.902
2016	3.252	16.187	19.439
2017	2.831	16.700	19.531
Media periodo	2.434	14.932	17.366

PORCENTAJE DE ABSENTISMO DE I.T. POR SEXOS			
AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2013	12,50%	87,50%	100,00%
2014	13,00%	87,00%	100,00%
2016	12,63%	87,37%	100,00%
2016	16,73%	83,27%	100,00%
2017	14,49%	85,51%	100,00%
Media periodo	14,02%	85,98%	



Las mujeres presentan mayor absentismo por enfermedad, no solo desde un punto de vista absoluto (bastante obvio) sino también respecto a su representatividad en la empresa (vienen a suponer un 71,2%). También destaca el notable crecimiento experimentado en el año 2017 respecto a la tendencia bajista (más en mujeres) de los años anteriores.



En Especializada se produce una sostenida tendencia al alza, con algún año de mínima reducción y otro como 2016, con notables incrementos.

Lo que sí se observa es que el porcentaje de absentismo en mujeres también se encuentra en el nivel de Especializada por encima del que supone en el total de efectivos (un 79,6%).

9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

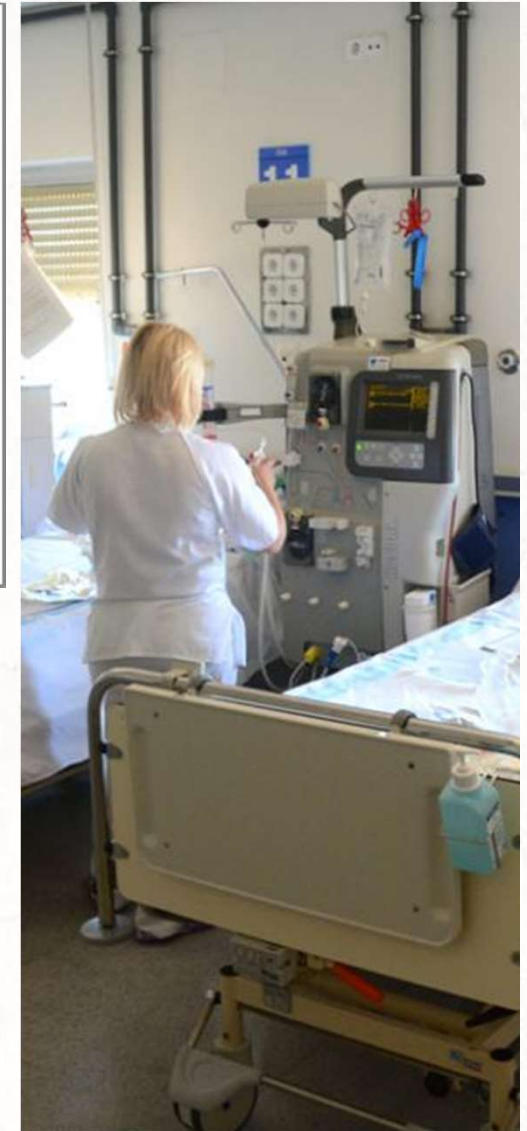
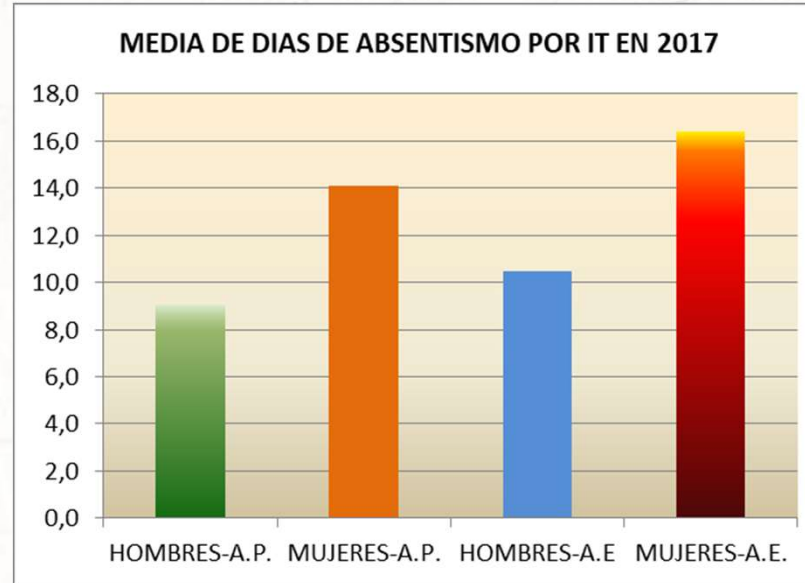
MEDIA DIAS DE ABSENTISMO DE I.T. EN A.P.

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2013	9,8	14,5	13,2
2014	6,8	14,2	12,1
2015	12,6	13,7	13,4
2016	6,6	12,0	10,4
2017	9,4	16,2	14,3
Media periodo	9,1	14,1	12,7

MEDIA DIAS DE ABSENTISMO DE I.T. EN A.E.

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2013	8,2	14,7	13,4
2014	9,3	16,0	14,6
2015	8,6	15,3	13,9
2016	14,0	17,8	17,0
2017	12,2	18,4	17,1
Media periodo	10,4	16,4	15,2

ABSENTISMO POR ENFERMEDAD



Tanto en Primaria como en Especializada la media de días de absentismo es muy superior en las mujeres a los hombres.

Por niveles asistenciales, es en Especializada donde se producen las bajas más largas tanto en hombres como en mujeres.



9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

En lo que respecta a la **Formación** es también un tema de la máxima trascendencia para la GASSO. De hecho, dentro de su misión está incluida la formación de futuros profesionales para el sistema sanitario. Se pueden distinguir hasta tres modalidades de formación en nuestra gerencia:

- *Formación pregrado.*
- *Formación postgrado.*
- *Formación continuada.*

FORMACIÓN PREGRADO.

La Gerencia de Asistencia Sanitaria participa en la formación práctica de los grados de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Valladolid (en el campus de Soria). Para ello, dispone en su plantilla de 1 profesor vinculado y 37 asociados con la Universidad, así como de todos los profesionales sanitarios de las unidades y servicios donde realizan prácticas los alumnos que colaboran en la formación de alumnos.

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

En el curso escolar 2016/2017, se han formado en nuestros centros:

- E.U. Enfermería de Soria. Universidad de Valladolid: 75 alumnos y 3 del programa Erasmus.
- E.U. Fisioterapia de Soria. Universidad de Valladolid 45 alumnos.

También han visitado las instalaciones de la GAS alumnos de enseñanza secundaria, en concreto en 2017 los laboratorios los alumnos de los IES de Quintanar de la Sierra y Antonio Machado de Soria.

FORMACIÓN

Por otra parte se han formado otros 13 alumnos universitarios de distintas Universidades y estudios a través de la realización de prácticas

y alumnos de ciclos formativos de los centros de enseñanza secundaria:

- Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería: 10 alumnos.
- Técnico en Documentación sanitaria: 1 alumno.
- Técnico en Eficiencia Energética: 1 alumno.

PRACTICAS DE PREGRADO G.A.S. 2017		
UNIVERSIDAD	Nº ALUMNOS	ESTUDIOS
Valladolid	1	Química
Salamanca	7	2 Biología 5 Medicina
León	1	Biotecnología
Navarra	2	1 Farmacia 1 Bioquímica
Lleida	2	Medicina
TOTAL	13	



9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

FORMACIÓN

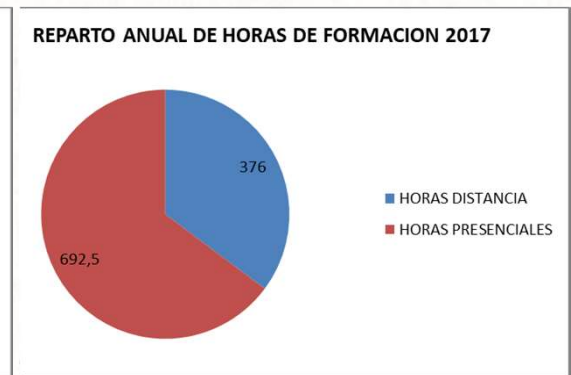
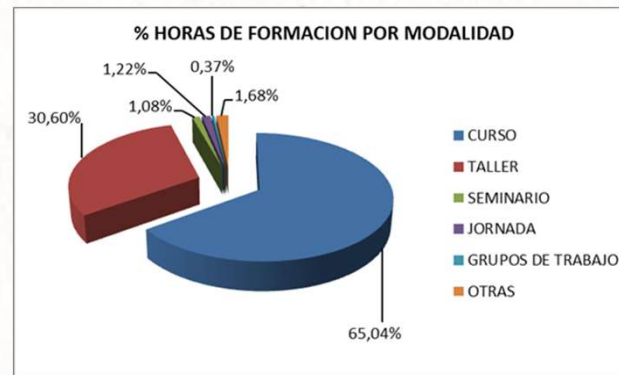
FORMACIÓN CONTINUADA.

Ésta es considerada un elemento esencial para el buen desempeño laboral de los profesionales sanitarios. Desde la Unidad de Formación se potencia el aprendizaje mediante la existencia de un plan de formación continua y el intercambio de conocimientos entre profesionales, identificando, priorizando y adecuando el conocimiento al desempeño de las personas y garantizando la capacitación de los profesionales mediante la actualización de sus competencias y la mejora permanente de su cualificación.

Durante el año 2017 se han realizado un total de 143 actividades de formación continuada incluidas en el Plan de Formación Continuada de la Gerencia de Soria. De todas ellas, 122 han sido presenciales, 11 a distancia y 10 mixtas, con una nota media de valoración de 7,94 (sobre los cursos evaluados). Han participado 2194 profesionales.

El 65% del total de horas han sido en modalidad de curso, algo más del 30% en forma de taller y el resto en modalidades menos representativas.

Aproximadamente un 65% se hace de modo presencial y el otro 35% a distancia, utilizando los medios electrónicos disponibles por cada profesional.

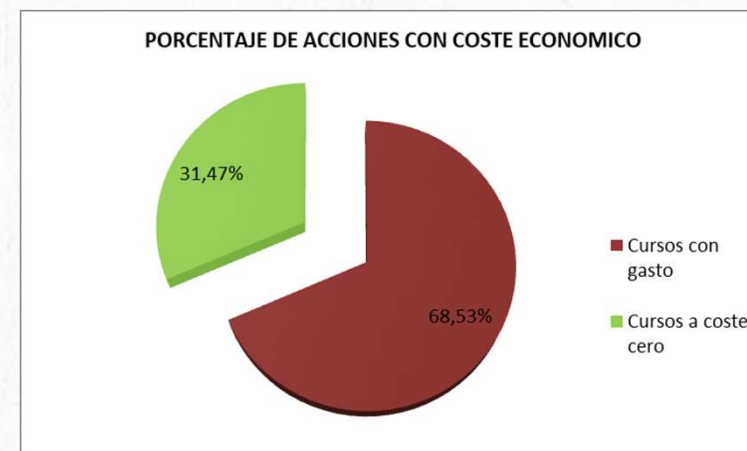


La inversión total para la GASSO en 2017 ha ascendido a 52.479,28 €. De las 143 acciones formativas, 45 han sido a coste cero (un31,47%) y 99 con un gasto asumido dentro del presupuesto de formación. Este 31% muestra el compromiso de muchos profesionales en el objetivo general de la formación continuada.

FORMACION CONTINUADA	Hombres	Mujeres	TOTAL
Total horas de formación (*)	3.545	16.577	20.122
% Horas de formación	17,62%	82,38%	100,00%

(*) El total de horas se ha calculado multiplicando por cada acción formativa los aprobados (hombres o mujeres) por el número de horas efectivas.

No se deducen problemas de accesibilidad a la formación en las mujeres, aun cuando muchas de las jornadas se realizan en horario de tarde. Es más, se produce una mayor representatividad que lo que muestran las propias plantillas, lo que puede denotar un mayor interés por la formación continuada.



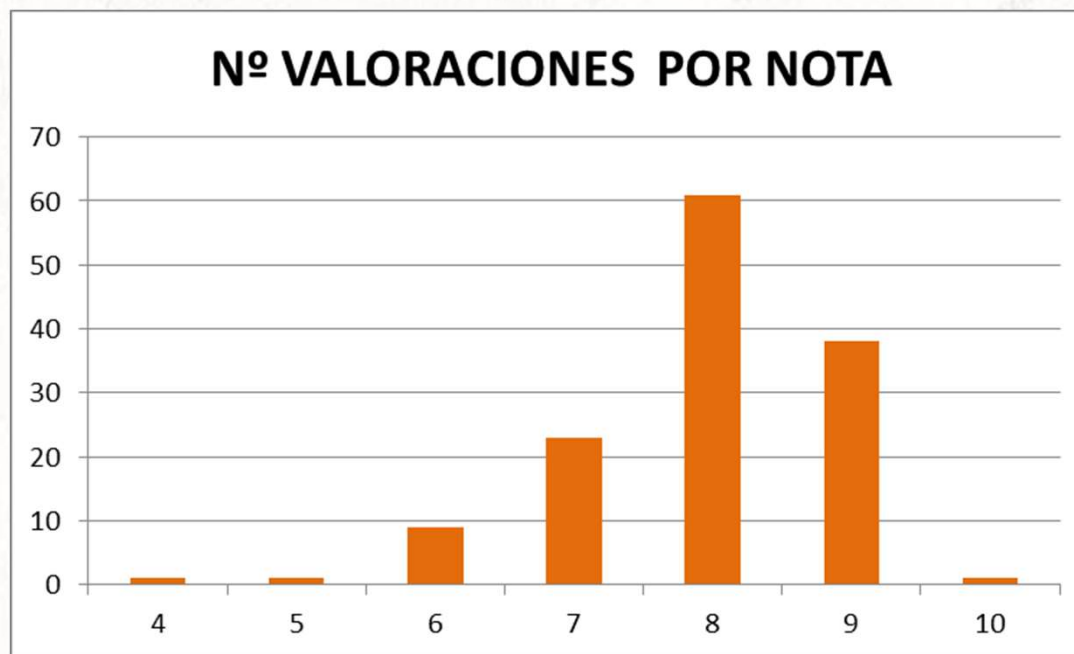
9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

DESTINATARIO	Nº horas anuales (por curso)	% horas
AUXILIAR DE ENFERMERIA	2	0,19%
ENFERMERAS	104	9,73%
ENFERMERAS, AUXILIAR DE ENFERMERIA	8	0,75%
ENFERMERAS, TCAE, CELADOR	12	1,12%
ENFERMERAS, TECNICOS RX	2	0,19%
FISIOTERAPEUTA	45	4,21%
MANDOS INTERMEDIOS ADMINISTRACION	8	0,75%
MANDOS INTERMEDIOS SANITARIOS Y MEDICOS	25	2,34%
MATRONAS	4	0,37%
MEDICO, ADMINISTRATIVO, GESTION	14	1,31%
MEDICOS	193,5	18,11%
MEDICOS Y ENFERMERAS	202	18,91%
MEDICOS, ENFERMERAS, TRABAJADORAS SOCIALES	25	2,34%
MEDICOS, ENFERMERAS, TECNICOS DE RX	2	0,19%
PERSONAL ADMINISTRATIVO	4	0,37%
PERSONAL DE HOSTELERIA	2	0,19%
PERSONAL DIRECTIVO, MANDOS INTERMEDIOS	7	0,66%
PERSONAL SANITARIO	48	4,49%
RESIDENTES	92	8,61%
SUPERVISORAS ENFERMERIA	18	1,68%
TODO EL PERSONAL	246	23,02%
TRAJADADORES SOCIALES	5	0,47%
TOTALES	1.068,5	

FORMACIÓN

Del total de cursos realizados durante el año 2017, destaca con un 23% los dirigidos a todo el personal. Tienen también relativa importancia aquellos que tienen como destinatarios médicos y enfermeras (18,91%), sólo médicos (18,11%), sólo enfermeras (9,73%) o residentes (8,61%). Hay otros colectivos que participan en otras acciones formativas junto con médicos o enfermeras pero no con exclusividad. Son escasos los cursos dirigidos a colectivos con escasa representación numérica en las plantillas (matronas, hostelería, administración...)



La nota media de valoración de los asistentes a las distintas acciones formativas la consideramos bastante alta, un 7,94 sobre 10. En 61 cursos, la nota es de 8 (casi un 43%) y en 38 cursos, la nota media es un 9 (casi el 27%).

Ha habido un curso concreto, Actualización en Gacela, que ha obtenido en varias sesiones presenciales, una nota de 4, otra de 5 y hasta cuatro más de 6. Esas notas han influido en una media final que aún podía haber sido más alta. En estas notas tan bajas influye de manera determinante el aula informática existente en el Hospital Santa Bárbara que resulta poco adecuada para este tipo de cursos. Se está a la espera de la construcción de la fase II para generar unos espacios adecuados para aulas de formación general e informática que mejoren la confortabilidad de los trabajadores, que en estos momentos sufren incomodidades evidentes en las aulas actuales.

9. Dimensión social

PLAN DE FORMACION EJECUTADO 2017

9.2. Indicadores del desempeño social

Nº.	DENOMINACION	MODALIDAD	HORAS DISTAN CIA	HORAS PRESEN CIALES	TOTAL HORAS	GRADO SATISFA CCION	GASTO	APROBADOS	HOMBRES	MUJERES	DESTINATARIO
1	LA MAMOGRAFIA DIGITAL: ASPECTOS TECNICOS Y NUEVAS APLICACIONES	CURSO	0	2	2	8	0	28	8	20	MEDICOS, ENFERMERAS, TECNICOS DE RX
2	PRL 42/44.- TECNICAS DE MOVILIZACION DE PACIENTES/HIGIENE POSTURAL/ESCUELA DE LA ESPALDA	CURSO	0	4	4	9	240	6	1	5	ENFERMERAS, TCAE, CELADOR
3	PRL 42/44.- TECNICAS DE MOVILIZACION DE PACIENTES/HIGIENE POSTURAL/ESCUELA DE LA ESPALDA	CURSO	0	4	4	8	240	7	0	7	ENFERMERAS, TCAE, CELADOR
4	PRL 42/44.- TECNICAS DE MOVILIZACION DE PACIENTES/HIGIENE POSTURAL/ESCUELA DE LA ESPALDA	CURSO	0	4	4	9	240	12	0	12	ENFERMERAS, TCAE, CELADOR
5	HIGIENE DE LOS ALIMENTOS Y PAUTAS EN DIETAS ESPECIALES	CURSO	0	2	2	7	0	37	8	29	PERSONAL DE HOSTELERIA
6	EXCEL AVANZADO	CURSO	0	10	10	8	400	14	3	11	TODO EL PERSONAL
7	CURSO SVB: RCP PARA PRIMER INTERVINIENTE HABITUAL	CURSO	0	7	7	9	1221	16	2	14	TODO EL PERSONAL
8	CURSO DE SVA PEDIATRICO Y NEONATAL. ACTUALIZACION CON NUEVAS RECOMENDACIONES ILCOR 2015.	CURSO	0	25	25	9	3428	19	1	18	MEDICOS Y ENFERMERAS
9	FORMACION DE FORMADORES EN GACELA	CURSO	0	2	2	8	0	4	0	4	ENFERMERAS
10	FORMACION DE FORMADORES EN GACELA	CURSO	0	2	2	8	0	4	0	4	ENFERMERAS
11	EXPLORACION ECOGRAFICA EN PACIENTE GRAVE	CURSO	0	15	15	9	1100	23	7	16	MEDICOS
12	COMO HABLAR EN PUBLICO	CURSO	0	8	8	8	750	23	4	19	TODO EL PERSONAL
13	TALLER DE ECG PEDIATRICO	TALLER	0	6	6	9	360	18	4	14	MEDICOS Y ENFERMERAS
14	DETECCION PRECOZ DE LA DEPRESION PERIPARTO. IMPLANTACION DE LA BUENA PRACTICA	CURSO	0	4	4	9	240	16	0	16	MEDICOS Y ENFERMERAS
15	LA COMUNICACION ENTRE PROFESIONALES. TECNICA SBAR.	CURSO	20	4	24	8	1350	33	3	30	PERSONAL SANITARIO
16	HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA	CURSO	0	4	4	8	420	20	2	18	PERSONAL SANITARIO
17	METODOLOGIA PARA LA IMPLANTACION DE LA EVALUACION DE COMPETENCIAS	CURSO	2	16	18	8	1400	10	2	8	SUPERVISORAS ENFERMERIA
18	UD-CURSO BASICO DE INICIACION A LA ECOGRAFIA PARA MIR	CURSO	0	8	8	9	0	19	5	14	RESIDENTES
19	TALLER DE INSTRUMENTACION EN TECNICAS QUIRURGICAS DE OSTEOSINTESIS	TALLER	0	8	8	8	0	21	2	19	ENFERMERAS
20	EL MODELO EFQM. AUTOEVALUACION	CURSO	0	16	16	8	1400	12	1	11	TODO EL PERSONAL
21	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE LA VIA AEREA Y EN LA ADMINISTRACION DE FARMACOS EN EMERGENCIA	TALLER	0	10	10	9	0	19	5	14	MEDICOS Y ENFERMERAS
22	ESTABILIZACION Y TRANSPORTE PEDIATRICO Y NEONATAL	TALLER	0	10	10	8	600	14	1	13	MEDICOS Y ENFERMERAS
23	ERRORES CONGENITOS DEL METABOLISMO	CURSO	0	4	4	9	240	18	0	18	MEDICOS Y ENFERMERAS
24	DERECHO ADMINISTRATIVO	CURSO	0	25	25	8	1899,56	21	6	15	TODO EL PERSONAL
25	ECOGRAFIA CLINICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	CURSO	0	10	10	9	0	15	4	11	MEDICOS
26	PRL 23.- PLAN DE EMERGENCIA/AUTOPROTECCION. HSB	CURSO	0	1	1	8	0	10	4	6	TODO EL PERSONAL
27	PRL 23.- PLAN DE EMERGENCIA/AUTOPROTECCION. HVM. C.S SORIA RURAL	CURSO	0	1	1	9	0	12	5	7	TODO EL PERSONAL
28	ACTUALIZACION EN ALTERACIONES HEMATOLOGICAS Y ANTICOAGULACION PARA MEDICOS DE AP	CURSO	0	10	10	8	600	16	6	10	MEDICOS
29	TALLER DE HIGIENE DE MANOS	TALLER	0	1	1	9	0	13	1	12	TODO EL PERSONAL
30	RADIOLOGIA TORACICA. EL PAPEL DEL TECNICO.	CURSO	0	2	2	8	90	13	5	8	ENFERMERAS, TECNICOS RX
31	CURSO DE FORMACION DE AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD SEGUN LA NORMA ISO 9001:2015	CURSO	0	8	8	8	270	16	4	12	MEDICOS Y ENFERMERAS
32	VARIABILIDAD CLINICA. PERICLES	SEMINARIO	0	1	1	8	0	18	12	6	MANDOS INTERMEDIOS SANITARIOS Y MEDIC
33	CONFIDENCIALIDAD, GESTION Y ACCESO A LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA	CURSO	0	2	2	8	0	27	7	20	TODO EL PERSONAL
34	OTROS MODELOS DE GESTION DE LA CALIDAD MAS ALLA DEL MODELO EFQM	JORNADA	0	3	3	7	0	36	20	16	PERSONAL DIRECTIVO, MANDOS INTERMEDIOS
35	ESTRATEGIA DE ABORDAJE DE LOS NUEVOS TRATAMIENTOS DE LA HEPATITIS C. RESULTADOS Y RETOS	JORNADA	0	2	2	7	0	47	19	28	MEDICOS Y ENFERMERAS
36	PORTAL DE SALUD, INTRANET Y CORREO ELECTRONICO	CURSO	0	4	4	8	160	13	5	8	TODO EL PERSONAL
37	MANEJO DEL DOLOR	CURSO	50	0	50	8	800	17	4	13	MEDICOS
38	ACTUALIZACION EN TECNICAS BASICAS RESPIRATORIAS PARA ENFERMERIA	TALLER	0	8	8	9	240	22	2	20	ENFERMERAS, AUXILIAR DE ENFERMERIA
39	PRL 63. INMOVILIZACION DE PACIENTES AGITADOS, MANEJO DE PACIENTES CON PROBLEMAS PSIQUICOS	CURSO	0	12	12	9	720	13	1	12	TODO EL PERSONAL
40	MANEJO DEL DOLOR PARA ENFERMERAS	CURSO	50	0	50	7	800	35	1	34	ENFERMERAS
41	CONCEPTOS Y FUNDAMENTOS BASICOS DE DERECHO SANITARIO	CURSO	20	5	25	9	650	20	4	16	TODO EL PERSONAL
42	REDES SOCIALES COMO HERRAMIENTAS DE ACTUALIZACION EN EL TRABAJO	CURSO	0	4	4	8	430	9	2	7	MEDICOS Y ENFERMERAS
43	BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA A TRAVES DE LOS RECURSOS DE LA BIBLIOTECA SANITARIA ON LINE	CURSO	0	3	3	8	120	11	2	9	MEDICOS Y ENFERMERAS
44	TALLER DE LACTANCIA MATERNA	TALLER	0	5	5	8	300	20	0	20	MEDICOS Y ENFERMERAS
45	PRL 62. HABILIDADES DE COMUNICACION, ASERTIVIDAD, EMPATIA, ESCUCHA ACTIVA	CURSO	0	20	20	8	1300	14	5	9	TODO EL PERSONAL
46	FORMACION EN CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	CURSO	0	12	12	8	600	5	3	2	PERSONAL SANITARIO
47	PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN INSTITUCIONES SANITARIAS	CURSO	50	0	50	0	0	63	8	55	TODO EL PERSONAL
48	PRL 61. COMO AFRONTAR LA VIOLENCIA EN EL ENTORNO SANITARIO	CURSO	16	4	20	9	1300	23	2	21	TODO EL PERSONAL

9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social



Nº.	DENOMINACION	MODALIDAD	HORAS DISTANCIA	HORAS PRESENCIALES	TOTAL HORAS	GRADO SATISFACCION	GASTO	APROBADOS	HOMBRES	MUJERES	DESTINATARIO
49	MEDICAMENTOS PELIGROSOS, MANIPULACION Y NORMATIVA ACTUAL	SEMINARIO	0	1	1	7	0	16	9	7	PERSONAL DIRECTIVO, MANDOS INTERMEDIO
50	ACTUALIZACION EN GACELA	CURSO	0	2	2	6	90	17	1	16	ENFERMERAS
51	ACTUALIZACION EN GACELA	CURSO	0	2	2	6	90	14	1	13	ENFERMERAS
52	ACTUALIZACION EN GACELA	CURSO	0	2	2	6	90	12	0	12	ENFERMERAS
53	ACTUALIZACION EN GACELA	CURSO	0	2	2	6	90	11	0	11	ENFERMERAS
54	ACTUALIZACION EN GACELA	CURSO	0	2	2	4	90	14	2	12	ENFERMERAS
55	ACTUALIZACION EN GACELA	CURSO	0	2	2	5	90	15	1	14	ENFERMERAS
56	CLOSER TO ZERO. HACIA CERO HERIDAS SIN CURAR. JOR. ACTUALIZACION SOBRE CUIDADO DE LA PIEL	JORNADA	0	3	3	8	0	43	3	40	PERSONAL DIRECTIVO, MANDOS INTERMEDIO
57	INDUCCION MIOFASCIAL I	CURSO	0	20	20	9	1200	15	2	13	FISIOTERAPEUTA
58	ACTUALIZACION EN DRENAJE LINFATICO	CURSO	0	15	15	9	825	10	0	10	FISIOTERAPEUTA
59	GESTION DE RESIDUOS	CURSO	0	2	2	9	0	31	2	29	TODO EL PERSONAL
60	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE LA SOSPECHA DE MALTRATO INTRAFAMILIAR EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	SEMINARIO	0	1,5	1,5	8	0	12	1	11	MEDICOS
61	TALLER PRACTICO DE ECOGRAFIA ABDOMINAL Y MUSCULOESQUELETICA	TALLER	0	30	30	10	0	6	2	4	MEDICOS
62	PROCESO DE ATENCION A LOS ENFERMOS DE SALUD MENTAL. ATENCION Y PREVENCION DE LA CONDUCTA	SEMINARIO	0	2	2	6	0	33	5	28	MEDICOS, ENFERMERAS, TRABAJADORAS SOCIALES
63	CURSO DE SIMULACION DE SVA EN URGENCIAS MEDICAS	TALLER	0	8	8	7	2000	12	0	12	MEDICOS Y ENFERMERAS
64	CURSO DE SIMULACION DE SVA EN URGENCIAS MEDICAS	TALLER	0	8	8	9	2000	17	0	17	MEDICOS Y ENFERMERAS
65	CURSO DE SIMULACION DE SVA EN URGENCIAS MEDICAS	TALLER	0	8	8	9	2000	11	3	8	MEDICOS Y ENFERMERAS
66	LA EXCELENCIA EN LA ATENCION AL USUARIO	CURSO	0	10	10	8	1500	16	2	14	TODO EL PERSONAL
67	DESARROLLO DEL PROCESO DE ATENCION A PACIENTES CRONICOS PLURIPATOLOGICOS COMPLEJOS	JORNADA	0	2	2	6	0	26	3	23	MEDICOS Y ENFERMERAS
68	CIRCUITO, PREPARACION Y TECNICAS DE ESTERILIZACION	TALLER	0	2	2	9	96	14	0	14	AUXILIAR DE ENFERMERIA
69	TALLER DE RECICLAJE EN ECG	TALLER	0	12	12	9	801	24	7	17	MEDICOS
70	MEJORA DE LA IDENTIFICACION Y ACREDITACION DE LA POBLACION REGISTRADA EN TARJETA SANITARIA	TALLER	0	2	2	9	96	14	3	11	PERSONAL ADMINISTRATIVO
71	LA RESILIENCIA EN LA INTERVENCION SOCIAL SANITARIA	CURSO	0	4	4	8	266,6	8	0	8	TRAJADADORES SOCIALES
72	METODOLOGIA BASICA DE PROCESOS ASISTENCIALES	CURSO	10	4	14	8	900	19	3	16	MEDICO, ADMINISTRATIVO, GESTION
73	URGENCIAS PSIQUIATRICAS Y SU MANEJO	CURSO	0	4	4	8	240	10	2	8	MEDICOS Y ENFERMERAS
74	ENTREVISTA MOTIVACIONAL Y TECNICAS EDUCATIVAS QUE IMPLIQUEN EN AUTOCUIDADOS A LOS PACIENTES	TALLER	16	4	20	9	880	9	0	9	MEDICOS, ENFERMERAS, TRABAJADORAS SOCIALES
75	COACHING	CURSO	20	10	30	8	1547	16	2	14	TODO EL PERSONAL
76	REVISION SUBPROCESOS ASISTENCIALES RELACIONADOS CON EL TRABAJO DE LA MATRONA DE AP	GRUPOS DE TRABAJO	0	4	4	8	0	6	1	5	MATRONAS
77	TALLER DE RECICLAJE DE SVA EN TRAUMA GRAVE EN AP	TALLER	0	10	10	8	1600	14	1	13	MEDICOS Y ENFERMERAS
78	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE MEDORA Y GUIAS ASISTENCIALES	TALLER	0	2	2	8	160	8	2	6	MEDICOS Y ENFERMERAS
79	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE MEDORA Y GUIAS ASISTENCIALES	TALLER	0	2	2	8	164	16	5	11	MEDICOS Y ENFERMERAS
80	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE MEDORA Y GUIAS ASISTENCIALES	TALLER	0	2	2	8	145	10	4	6	MEDICOS Y ENFERMERAS
81	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE MEDORA Y GUIAS ASISTENCIALES	TALLER	0	2	2	8	157	7	3	4	MEDICOS Y ENFERMERAS
82	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE MEDORA Y GUIAS ASISTENCIALES	TALLER	0	2	2	0	134	15	1	14	MEDICOS Y ENFERMERAS
83	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE MEDORA Y GUIAS ASISTENCIALES	TALLER	0	2	2	0	120	6	0	6	MEDICOS Y ENFERMERAS
84	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE MEDORA Y GUIAS ASISTENCIALES	TALLER	0	2	2	8	120	24	11	13	MEDICOS Y ENFERMERAS
85	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE MEDORA Y GUIAS ASISTENCIALES	TALLER	0	2	2	9	120	6	3	3	MEDICOS Y ENFERMERAS
86	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE MEDORA Y GUIAS ASISTENCIALES	TALLER	0	2	2	7	139	21	2	19	MEDICOS Y ENFERMERAS
87	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE MEDORA Y GUIAS ASISTENCIALES	TALLER	0	2	2	9	155	8	0	8	MEDICOS Y ENFERMERAS
88	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE MEDORA Y GUIAS ASISTENCIALES	TALLER	0	2	2	7	130	10	3	7	MEDICOS Y ENFERMERAS
89	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE MEDORA Y GUIAS ASISTENCIALES	TALLER	0	2	2	9	120	15	6	9	MEDICOS Y ENFERMERAS
90	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE MEDORA Y GUIAS ASISTENCIALES	TALLER	0	2	2	9	155	11	3	8	MEDICOS Y ENFERMERAS
91	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE MEDORA Y GUIAS ASISTENCIALES	TALLER	0	2	2	9	125	18	11	7	MEDICOS Y ENFERMERAS
92	ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE MEDORA Y GUIAS ASISTENCIALES	TALLER	0	2	2	7	120	18	10	8	MEDICOS Y ENFERMERAS
93	APLICACION CRONO: GESTION DE JORNADA LABORAL	CURSO	0	2	2	7	0	12	5	7	MANDOS INTERMEDIOS ADMINISTRACION
94	DIA MUNDIAL DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	OTRAS	0	2	2	8	0	14	4	10	TODO EL PERSONAL
95	TALLER DE ECOGRAFIA MUSCULOESQUELETICA PARA FISIOTERAPEUTAS	TALLER	0	10	10	8	641,12	9	2	7	FISIOTERAPEUTA
96	TRASTORNOS OCULARES MAS FRECUENTES EN EL NIÑO	CURSO	0	3	3	9	180	9	1	8	MEDICOS

9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

Nº.	DENOMINACION	MODALIDAD	HORAS DISTAN CIA	HORAS PRESEN CIALES	TOTAL HORAS	GRADO SATISFA CCION	GASTO	APROBADOS	HOMBRES	MUJERES	DESTINATARIO
97	ASMA EN ATENCION PRIMARIA. UNA VISION PRACTICA DESDE ALERGOLOGIA Y NEUMOLOGIA	TALLER	20	2	22	8	0	3	1	2	MEDICOS
98	ASMA EN ATENCION PRIMARIA. UNA VISION PRACTICA DESDE ALERGOLOGIA Y NEUMOLOGIA	TALLER	20	2	22	8	0	4	1	3	MEDICOS
99	METODOLOGIA ENFERMERA Y MODULO DE CUIDADOS EN LA HªCLINICA DE A.P.MEDORA	TALLER	0	6	6	7	270	9	0	9	ENFERMERAS
100	METODOLOGIA ENFERMERA Y MODULO DE CUIDADOS EN LA HªCLINICA DE A.P.MEDORA	TALLER	0	6	6	6	270	18	2	16	ENFERMERAS
101	METODOLOGIA ENFERMERA Y MODULO DE CUIDADOS EN LA HªCLINICA DE A.P.MEDORA	TALLER	0	6	6	8	270	13	3	10	ENFERMERAS
102	METODOLOGIA ENFERMERA Y MODULO DE CUIDADOS EN LA HªCLINICA DE A.P.MEDORA	TALLER	0	6	6	7	270	13	1	12	ENFERMERAS
103	METODOLOGIA ENFERMERA Y MODULO DE CUIDADOS EN LA HªCLINICA DE A.P.MEDORA	TALLER	0	6	6	7	270	17	3	14	ENFERMERAS
104	CUIDADOS POSTOPERATORIOS ORL	TALLER	0	4	4	8	0	20	2	18	PERSONAL SANITARIO
105	PTC - URGENCIAS	CURSO	0	18	18	8	1080	8	4	4	RESIDENTES
106	LA CADERA EN CRECIMIENTO	SEMINARIO	0	4	4	9	505	9	0	9	MEDICOS
107	CURSO BASICO DE GESTION PARA RESPONSABLES DE UNIDADES DE LA GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA	CURSO	0	24	24	7	1032	41	17	24	MANDOS INTERMEDIOS SANITARIOS Y MEDIC
108	PTC-ONLINE-GESTION POR PROCESOS	CURSO	5	0	5	7	0	2	0	2	RESIDENTES
109	PTC-GESTION CLINICA BASICA	CURSO	10	0	10	8	0	3	1	2	RESIDENTES
110	PTC-ORGANIZACION Y PLANIFICACION DE LA ATENCION SANITARIA EN ESPAÑA Y CASTILLA Y LEON	CURSO	10	0	10	0	0	7	2	5	RESIDENTES
111	PTC-ON LINE-BIOTICA I-BASICO	TALLER	6	0	6	9	0	10	4	6	RESIDENTES
112	PTC-ON LINE-SEGURIDAD DEL PACIENTE	TALLER	6	0	6	0	0	8	3	5	RESIDENTES
113	PTC-METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	TALLER	10	0	10	0	0	3	1	2	RESIDENTES
114	PTC-ON LINE-USO RACIONAL DE MEDICAMENTO	TALLER	4	0	4	0	0	3	1	2	RESIDENTES
115	PTC-BUSQUEDA DE INFORMACION SANITARIA EN INTERNET	TALLER	5	0	5	8	0	3	1	2	RESIDENTES
116	ACTUALIZACION EN GESTION DE PRESTACIONES EN LOS CENTROS DE SALUD	SEMINARIO	0	2	2	9	96	12	4	8	PERSONAL ADMINISTRATIVO
117	RECICLAJE EN FARMACOLOGIA EN URGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS	TALLER	0	4	4	9	329	24	6	18	MEDICOS Y ENFERMERAS
118	CURSO BASICO DE ALIMENTACION Y NUTRICION	CURSO	26	4	30	0	1280	32	5	27	MEDICOS Y ENFERMERAS
119	ELABORACION DE MATERIALES DOCENTES MULTIMEDIA	TALLER	0	4	4	8	240	12	2	10	PERSONAL SANITARIO
120	ACTUACION SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO	OTRAS	0	1	1	7	20	7	2	5	MEDICOS Y ENFERMERAS
121	ACTUACION SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO	OTRAS	0	1	1	6	20	14	2	12	MEDICOS Y ENFERMERAS
122	ACTUACION SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO	OTRAS	0	1	1	7	0	11	4	7	MEDICOS Y ENFERMERAS
123	ACTUACION SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO	OTRAS	0	1	1	7	0	11	4	7	MEDICOS Y ENFERMERAS
124	ACTUACION SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO	OTRAS	0	1	1	7	0	10	3	7	MEDICOS Y ENFERMERAS
125	ACTUACION SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO	OTRAS	0	1	1	7	20	10	5	5	MEDICOS Y ENFERMERAS
126	ACTUACION SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO	OTRAS	0	1	1	8	23	12	4	8	MEDICOS Y ENFERMERAS
127	ACTUACION SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO	OTRAS	0	1	1	8	19	8	0	8	MEDICOS Y ENFERMERAS
128	ACTUACION SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO	OTRAS	0	1	1	7	31	6	3	3	MEDICOS Y ENFERMERAS
129	ACTUACION SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO	OTRAS	0	1	1	7	0	11	2	9	MEDICOS Y ENFERMERAS
130	ACTUACION SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO	OTRAS	0	1	1	8	13	10	3	7	MEDICOS Y ENFERMERAS
131	ACTUACION SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO	OTRAS	0	1	1	8	27	20	8	12	MEDICOS Y ENFERMERAS
132	ACTUACION SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO	OTRAS	0	1	1	7	14	24	0	24	MEDICOS Y ENFERMERAS
133	ACTUACION SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO	OTRAS	0	1	1	8	20	23	8	15	MEDICOS Y ENFERMERAS
134	ACTUACION SANITARIA ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO	OTRAS	0	1	1	8	0	5	0	5	MEDICOS Y ENFERMERAS
135	PTC-URGENCIAS 2 PEDIATRIA	CURSO	0	5	5	9	300	17	7	10	RESIDENTES
136	ACTUALIZACION EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES EN EL NIÑO	TALLER	0	4	4	9	240	14	3	11	MEDICOS
137	ATENCION AL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN SALUD MENTAL	JORNADA	0	2	2	6	0	22	2	20	MEDICOS, ENFERMERAS, TRABAJADORAS SOC
138	MANEJO DE LA INSUFICIENCIA RENAL EN AP	TALLER	0	2	2	8	180	15	6	9	MEDICOS Y ENFERMERAS
139	ACTUACION SANITARIA DESDE EL TRABAJO SOCIAL ANTE LA VIOLENCIA DE GENERO	OTRAS	0	1	1	8	0	9	0	9	TRAJADADORES SOCIALES
140	ECOGRAFIA BASICA EN ATENCION PRIMARIA	TALLER	0	10	10	8	1080	10	1	9	MEDICOS
141	SAINT-7 GESTION DE RECURSOS HUMANOS	TALLER	0	6	6	8	595	14	5	9	MANDOS INTERMEDIOS ADMINISTRACION
142	PTC- RECICLAJE SVA EN ADULTOS	CURSO	0	5	5	0	680	14	4	10	RESIDENTES
143	JORNADA DE COORDINACION CON EDUCACION ANTE UNA POSIBLE SITUACION DE ACOSO ESCOLAR	JORNADA	0	1	1	8	0	19	2	17	MEDICOS, ENFERMERAS, TRABAJADORAS SOC

9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

La Gerencia de Asistencia Sanitaria dispone de una 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, Servicios Sociales e Igualdad.

A finales de 2017 se encontraban en formación postgrado en estas Unidades Docentes los siguientes especialistas:

- Medicina Familiar y Comunitaria: 16 residentes
- Enfermería Familiar y Comunitaria: 5 residentes
- Medicina Interna: 5 residentes
- Medicina Intensiva: 5 residentes
- Urología: 3 residentes

ATENCION PRIMARIA			
PERSONAL EN FORMACION (MIR y EIR)			
	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
MIR 1º AÑO	2	2	4
MIR 2º AÑO	4	0	4
MIR 3º AÑO	2	1	3
MIR 4º AÑO	3	2	5
EIR 1º AÑO	1	1	2
EIR 2º AÑO	2	1	3
TOTALES	14	7	21

En Atención Primaria, en Medicina solo hay una especialidad Medicina Familiar y Comunitaria.

En Enfermería sería Enfermera familiar y Comunitaria.

EMPLEO. PERSONAL EN FORMACION

Para esta formación, la Gerencia dispone de 55 tutores acreditados y/o nombrados en las especialidades que actualmente se imparten en nuestra Área:

- Medicina Familiar y Comunitaria: 20 tutores
- Urología: 5 tutores
- Medicina Interna: 7 tutores
- Medicina Intensiva: 6 tutores
- Enfermería Familiar y Comunitaria: 16 tutores
- Medicina del Trabajo: 1 tutor

La actividad formativa y asistencial se ha desarrollado en los Hospitales Santa Bárbara y Virgen del Mirón y 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, Centro de Alzheimer y Centro de Atención a Drogodependientes.

ATENCION ESPECIALIZADA			
PERSONAL EN FORMACION (MIR)			
	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
MIR 1º AÑO	1	1	2
MIR 2º AÑO	1	2	3
MIR 3º AÑO	3		3
MIR 4º AÑO	1	1	2
MIR 5º AÑO	1	2	3
TOTALES	7	6	13

ATENCION ESPECIALIZADA				
PERSONAL EN FORMACION (MIR)				
	Medicina Intensiva	Medicina Interna	Urología	TOTAL
MIR 1º AÑO	1	1		2
MIR 2º AÑO	1	1	1	3
MIR 3º AÑO	1	1	1	3
MIR 4º AÑO	1	1		2
MIR 5º AÑO	1	1	1	3
TOTALES	5	5	3	13



9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

DIVERSIDAD E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

ATENCION ESPECIALIZADA

Trabajadores en puestos de responsabilidad

AREA	MUJERES	% del total	HOMBRES	% del total	TOTAL
DIRECCION	2	25,0%	6	75,0%	8
INSPECCION	1	50,0%	1	50,0%	2
ENFERMERIA	21	84,0%	4	16,0%	25
GESTION	11	39,3%	17	60,7%	28
MEDICA	12	40,0%	18	60,0%	30
TOTALES	47	50,5%	46	49,5%	93

En el conjunto de los puestos de responsabilidad en Atención Especializada hay un empate técnico entre los dos grupos. Sin embargo, este empate no va en línea con el porcentaje de trabajadoras mujeres en el conjunto de la organización. Se produce, pues, una notable infrarrepresentación en el desempeño de los puestos de responsabilidad. Solamente se aprecia una cierta correlación en el grupo de profesionales de enfermería, con un 84% de estos puestos contra un 95,6% del total de trabajadores.

ATENCION PRIMARIA

Trabajadores en puestos de responsabilidad

	MUJERES	% SOBRE EL TOTAL	HOMBRES	% SOBRE EL TOTAL	TOTAL
DIRECCION	2	28,6%	5	71,4%	7
ENFERMERIA	14	100,0%	0	0,0%	14
GESTION	3	50,0%	3	50,0%	6
MEDICA	8	57,1%	6	42,9%	14
TOTALES	27	65,85%	14	34,15%	41

En Atención Primaria, se produce un mayor porcentaje de mujeres en puestos de responsabilidad. Se pueden entender que aunque no de manera directa a la proporción de profesionales por sexos, sí se acerca a esos porcentajes de representación que cada uno de ellos tiene.



9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

En este apartado se pretende analizar las cuantías medias reales percibidas por cada trabajador para iguales categorías profesionales, partiendo siempre de la premisa de que no hay discriminación alguna por razón de sexo en la retribución de cada trabajador.

ATENCION ESPECIALIZADA				
Retribución media por grupos de profesionales				
AGRUPACION	MUJERES		HOMBRES	
	Número	Retrib media	Número	Retrib media
ADMINISTRACION	82	1.694	36	1.964
CELADORES	61	1.315	33	1.492
DIRECCION	1	3.365	5	4.041
ENFERMERÍA	291	2.616	16	2.615
MATRONAS	8	2.372	0	0
FISIOTERAPEUTAS	11	2.351	0	0
HOSTELERIA	51	1.332	10	1.480
INFORMATICA	2	1.886	3	2.744
INSPECCION	4	3.069	1	3.754
MANTENIMIENTO	1	1.251	33	1.480
MEDICOS	102	5.036	81	5.518
ORDENANZAS	3	1.035	2	1.307
PREVENCION	2	1.534	1	1.732
TCAE	228	1.462	4	1.479
TECNICO SUP	42	1.619	6	1.867
TELEFONISTAS	5	1.669	0	0
TERAPEUTAS OC.	2	2.327	1	2.446
TRAB SOCIAL	3	1.979	0	0

- Datos calculados a partir de la nómina del mes de marzo de 2018.
- Consta del total de conceptos retributivos de cada profesional, entre los que se incluyen conceptos variables personales como antigüedad, carrera profesional, guardias, turnicidad o atención continuada. Están, además, incorporados, si fuera el caso, las reducciones proporcionales por reducciones de jornada o bajas laborales.

DIVERSIDAD E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

ATENCION ESPECIALIZADA				
Retribución media por categorías concretas				
AGRUPACION	MUJERES		HOMBRES	
	Número	Retrib media	Número	Retrib media
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	42	1.495	9	1.646
CELADORES	60	1.331	32	1.484
ENFERMERO/A	255	2.558	13	2.496
LDO. ESPECIALISTA	79	4.955	56	5.316
OPERARIO SERVICIOS	31	1.311	3	1.252
T. EN CUIDADOS AUX. ENFERMERIA	228	1.462	4	1.479

- Se ha procedido al cálculo del bruto de nómina de cada profesional en el mes de marzo y se ha realizado una agrupación de las 95 categorías profesionales (o distintos perceptores de nóminas).
- Se han considerado 18 grupos de profesionales que fueran mínimamente representativos.
- Los importes calculados con cuantías medias por agrupador.
- Cada dato se encuentra afectado por multitud de variables que influyen notablemente en la nómina mensual como puede ser la antigüedad (trienios), los distintos reconocimientos de grado de carrera profesional, las guardias y otros conceptos como turnicidad, festivos, noches, compensación por bajas laborales.
- Hay grupos muy poco representativos donde el escaso número de profesionales y las circunstancias puntuales de alguno de ellos pueden afectar a la cuantía media de la nómina mensual.
- En casi todas las agrupaciones se observa una retribución media superior en los hombres a las mujeres.
- En el análisis por categorías concretas de las más representativas, se mantienen las conclusiones generales, aunque en los dos grupos más numerosos: enfermeros y TCAE's no se producen diferencias significativas, siendo favorables hacia las mujeres en el caso de enfermería y ligeramente desfavorable para las TCAE's.

9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

Para el nivel de Atención Primaria, se ha realizado el mismo tipo de análisis con una metodología igual a la seguida para Especializada.

ATENCION PRIMARIA				
Retribución media por grupos de profesionales				
AGRUPACION	MUJERES		HOMBRES	
	Número	Retrib media	Número	Retrib media
ADMINISTRACION	37	1.489	10	1.759
CELADORES	9	1.271	10	1.310
DIRECCION	2	4.134	5	4.779
ENFERMERÍA	129	3.072	16	2.986
MATRONAS	6	2.723	0	0
FISIOTERAPEUTAS	7	2.327	2	2.406
HOSTELERIA	6	955	0	0
INFORMATICA	0	0	2	1.869
INSPECCION	0	0	0	0
MANTENIMIENTO	0	0	1	1.442
MEDICOS	101	4.701	77	4.886
ORDENANZAS	0	0	0	0
PREVENCION	0	0	0	0
TCAE	0	0	0	0
TECNICO SUP	5	1.858	2	1.653
TELEFONISTAS	0	0	0	0
TERAPEUTAS OC.	0	0	0	0
TRAB SOCIAL	6	2.269	0	0

- Datos calculados a partir de la nomina del mes de marzo de 2018.
- Consta del total de conceptos retributivos de cada profesional, entre los que se incluyen conceptos variables personales como antigüedad, carrera profesional, guardias o atención continuada. Están, además, incorporados, si fuera el caso, las reducciones proporcionales por reducciones de jornada o bajas laborales.

DIVERSIDAD E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

ATENCION PRIMARIA				
Retribución media por categorías concretas				
AGRUPACION	MUJERES		HOMBRES	
	Número	Retrib media	Número	Retrib media
AUXILIAR ADMINISTRATIVO(AP)	31	1.433	7	1.403
CELADOR CON AT. DIRECTA AL ENFERMO(AP)	9	1.271	9	1.318
ENFERMERO DE AREA EN AT. PRIMARIA(AP)	30	3.014	6	2.854
ENFERMERO EN EAP(AP)	70	3.309	10	3.065
MEDICO DE AREA EN AT. PRIMARIA(AP)	28	4.740	12	4.597
MEDICO DE FAMILIA DE EQUIPO DE ATENCION	52	4.705	57	4.886

- Se observa una mayor correlación entre todas las categorías analizadas.
- La variabilidad no llega al 10 % en ninguna de las categorías objeto de análisis específico.
- Hay una mayor retribución de las mujeres en cuatro de las seis categorías referidas.
- Como se verá en el análisis de las páginas siguientes, en el nivel de Atención Primaria, tiene mucha menos influencia en la jornada realizada, los permisos relacionados con cuestiones de género: maternidad, paternidad, lactancia, reducciones de jornada, riesgos de embarazo.



9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

DIVERSIDAD E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

Se han analizado los **PERMISOS POR MATERNIDAD** generados en ambos niveles en los últimos 5 años.

A. ESPECIALIZADA	2013		2014		2015		2016		2017	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número	0	11	0	26	0	20	0	28	0	28
Días	0	1.000	0	2.072	0	1.771	0	2.435	0	2.126

A. PRIMARIA	2013		2014		2015		2016		2017	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número	0	5	0	6	0	9	0	9	0	4
Días	0	498	0	383	0	670	0	666	0	429

PERMISOS POR PATERNIDAD

A. ESPECIALIZADA	2013		2014		2015		2016		2017	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número	4	0	4	1	5	0	4	0	4	28
Días	65	0	60	15	80	0	60	0	92	2.126

A. PRIMARIA	2013		2014		2015		2016		2017	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número	1	0	1	0	3	0	1	0	3	0
Días	15	0	15	0	55	0	15	0	57	0



- A pesar de la posibilidad legal de que las 10 semanas siguientes las seis primeras (obligatorias de descanso para la madre) puedan ser disfrutadas por el padre o la madre, en ningún año de la serie analizada se ha producido un solo caso de disfrute paternal del derecho.

- Para el disfrute de este permiso, se sigue con el sistema tradicional de disfrute. Solamente en un caso, en 2014, se produce una cierta anomalía con un permiso de 15 días en Especializada.



9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

DIVERSIDAD E IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

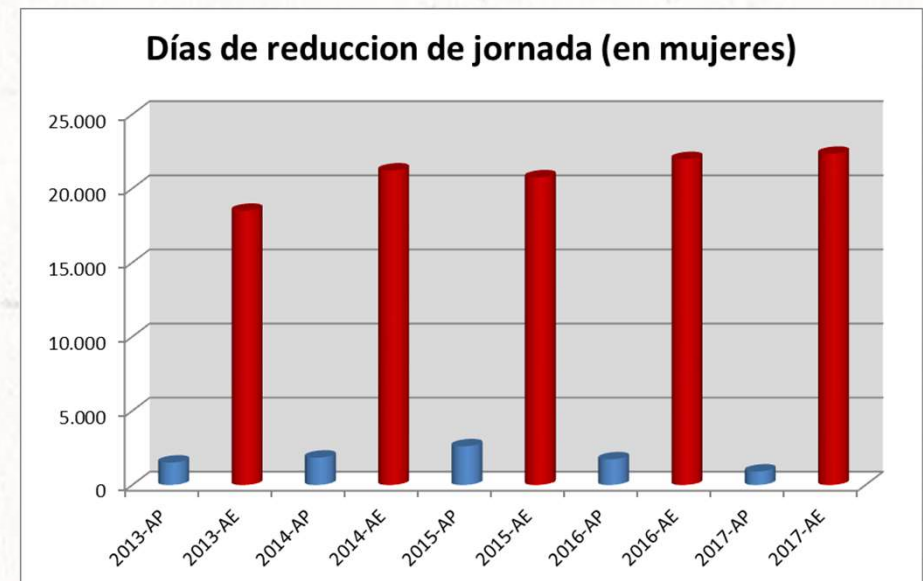
Otro aspecto muy importante para la conciliación de la vida laboral y familiar de muchos profesionales de la organización es la posibilidad de disfrute de **REDUCCIONES DE JORNADA** aunque con reducción proporcional de retribuciones. Este tipo de permiso puede facilitar esa conciliación, aunque tiene una repercusión directa en nómina e influye directamente en que la cuantía media de la mujer por el mismo puesto tenga una menor retribución.

A. ESPECIALIZADA	2013		2014		2015		2016		2017	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número	3	65	5	92	2	85	1	93	2	87
Días	1095	18.492	1089	21.212	217	20.750	115	21.987	454	22.341

A. PRIMARIA	2013		2014		2015		2016		2017	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Número	2	12	1	6	2	13	2	9	2	7
Días	730	1.509	365	1.844	730	2.606	732	1.726	485	903

- Aquí se observa que este tipo de permisos es solicitado mayoritariamente por las mujeres. Sobre todo en Especializada no se cumplen los ratios (de 3 mujeres por cada hombre) y la desproporción es evidente entre un sexo y otro.
- También se aprecia que este recurso muy habitual en Especializada no están utilizado en Primaria y tampoco se cumple con la proporción de plantilla entre un nivel y otro (unas 2,5 veces)

- Las diferencias entre un nivel y otro varían de unos ejercicios a otros, aunque se observa una proporción entre 10 y 20 más a favor de Especializada, muy por encima del ratio general de 2,5 existente entre plantillas.
- Esto puede ser debido a las desiguales condiciones de trabajo entre los dos niveles:
 - En Primaria se impone un modelo de guardias, intensivo en jornada pero con menos días de trabajo y más favorable a la conciliación.
 - Por el contrario en Especializada, para el personal no médico (el mayor demandante de este permiso) el sistema de trabajo predominante es el de turnos de 7 o 10 horas y unos 215 días al año. La falta de descansos en fines de semana u horarios alternos hace que sea difícil la conciliación y haya que recurrir a este tipo de permisos.



9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En cuanto a la **salud y seguridad en el trabajo**, las actuaciones de la GASSO están basadas en el cumplimiento estricto de Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, el R.D. 39/1997 del Reglamento de los Servicios de Prevención y el Pacto de 20 de septiembre de 2016 entre la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León y las organizaciones sindicales firmantes por el que se aprueban las Estrategias de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León 2016-2020.

La política en materia de prevención (según dispone la Ley y aplica el centro) tendrá por objeto la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo dirigida a elevar el nivel de protección de la seguridad y la salud de los trabajadores en el trabajo.

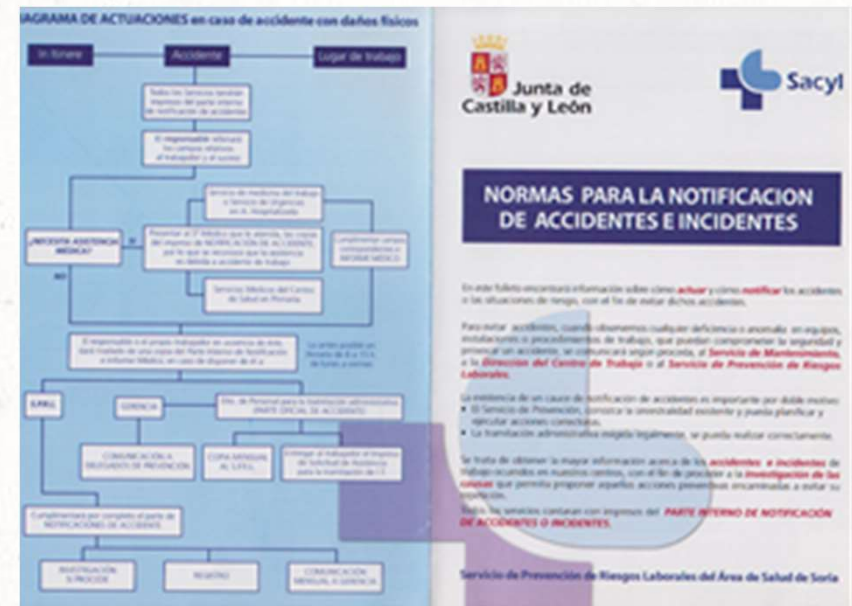
Para ello, en nuestra organización hay creado un Servicio de Prevención de Riesgos Laborales cuyas funciones recogidas en la propia Ley son:

- a) El diseño, implantación y aplicación de un plan de prevención de riesgos laborales que permita la integración de la prevención en la empresa.
- b) La evaluación de los factores de riesgo que puedan afectar a la seguridad y la salud de los trabajadores.
- c) La planificación de la actividad preventiva y la determinación de las prioridades en la adopción de las medidas preventivas y la vigilancia de su eficacia.
- d) La información y formación de los trabajadores.
- e) La prestación de los primeros auxilios y planes de emergencia.
- f) La vigilancia de la salud de los trabajadores en relación con los riesgos derivados del trabajo.

Este servicio está formado por un Facultativo Especialista en Medicina del Trabajo, una enfermera, un Técnico Superior y un Técnico Intermedio en prevención de riesgos.

Extiende su ámbito de actuación a todos los centros de Atención Primaria, los dos hospitales y el personal de la Gerencia de Emergencias Sanitarias.

En el sistema de gestión y la integración de la PRL se relacionan todos los cambios documentales que afecten al Sistema, enumerando concretamente los procedimientos tanto generales (PG), específicos (PE) como específicos por actividad (PEA) del Plan de Prevención de Riesgos Laborales de la Administración General de la Comunidad de Castilla y León y sus Organismos Autónomos; las guías (GSSL) y procedimientos específicos por actividad (PEA) de la Gerencia Regional de Salud elaborados por el Servicio de Salud Laboral de la Dirección General de Profesionales; los procedimientos operativos (PO), de control (PC) e instrucciones de trabajo (IT) de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria elaborados por el SPRL del Área de Salud de Soria, etc. que se hayan asumido, elaborado, actualizado o eliminado del Sistema de Gestión de PRL.



9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

En el Área de Salud de Soria el **Comité de Seguridad y Salud** es el órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos. Su constitución resulta obligatoria en todas las empresas o centros de trabajo que cuenten con 50 o más trabajadores. El Comité estará formado por los Delegados de Prevención, de una parte, y por el empresario y/o sus representantes (en este caso, miembros del equipo directivo) en número igual al de los Delegados de Prevención, de la otra.

El **Comité de Seguridad y Salud** tendrá las siguientes competencias:

- Participar en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de los planes y programas de prevención de riesgos en la empresa. A tal efecto, en su seno se debatirán, antes de su puesta en práctica y en lo referente a su incidencia en la prevención de riesgos, los proyectos en materia de planificación, organización del trabajo e introducción de nuevas tecnologías, organización y desarrollo de las actividades de protección y prevención a que se refiere el artículo 16 de esta Ley y proyecto y organización de la formación en materia preventiva.
- Promover iniciativas sobre métodos y procedimientos para la efectiva prevención de los riesgos, proponiendo a la empresa la mejora de las condiciones o la corrección de las deficiencias existentes.

En el ejercicio de sus competencias, el **Comité de Seguridad y Salud** estará facultado para:

- Conocer directamente la situación relativa a la prevención de riesgos en el centro de trabajo, realizando a tal efecto las visitas que estime oportunas.
- Conocer cuantos documentos e informes relativos a las condiciones de trabajo sean necesarios para el cumplimiento de sus funciones, así como los precedentes de la actividad del servicio de prevención, en su caso.
- Conocer y analizar los daños producidos en la salud o en la integridad física de los trabajadores, al objeto de valorar sus causas y proponer las medidas preventivas oportunas.
- Conocer e informar la memoria y programación anual de servicios de prevención.

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REUNIONES COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL, año 2017		
Fecha	Acuerdos y/o asuntos relevantes tratados	Observaciones
Acta nº 52 28/03/2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lectura y aprobación del acta de la sesión anterior 2. Nueva composición CSS – miembros Admón.. 3. Entrega informe mediciones formaldehido 4. Presentación Memoria SPRL 2016 5. Escrito denuncia caso acoso en Pediatría 6. Identificación del personal en determinados servicios 7. Instrucción sobre medicamentos peligrosos 8. Informe auditorias 9. Informe agresiones trimestre anterior 10. Escritos remitidos al Comité 11. Ruegos y preguntas 	Tratados todos los puntos del orden del día.
Acta nº 53 14/06/2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lectura y aprobación del acta de la sesión anterior 2. Revisión del procedimiento de vpt por causa de salud 3. Encuesta de agresiones 4. Procedimientos específicos de PRL y adaptación del Plan de Prevención de la GASSO 5. Medicamentos peligrosos 6. Informe agresiones trimestre anterior 7. Escritos remitidos al Comité 8. Ruegos y preguntas 	Tratados todos los puntos del orden del día.
Acta nº 54 14/09/2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lectura y aprobación del acta de la sesión anterior. 2. Propuesta de actividades formativas 2018 3. Plan de contingencia ante olas de calor 4. Aplicación de la Instrucción 3/2017 medidas policiales frente a agresiones a personal sanitario 5. Medicamentos peligrosos 6. Informe agresiones trimestre anterior 7. Escritos remitidos al Comité 8. Ruegos y preguntas 	Tratados todos los puntos del orden del día.
Acta nº 1/17 Extraordinaria 31/10/2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Propuesta definitiva del Plan de Formación PRL 2018 2. Encuentro SPRL Sacyl 16 Noviembre 2017 3. Relevo de la Secretaría del CSS 	
Acta nº 55 18/12/2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lectura y aprobación del acta de la sesión anterior. 2. Programación actividad preventiva 2018 3. Medicamentos Peligrosos 4. Propuesta definitiva Plan de Formación 2018 5. Protocolo Prevención Agresiones CFSE 6. Adaptaciones de puestos de trabajo por salud laboral 7. Plan de gestión de conflictos y mediación 8. Acta Comité Intercentros 9. Informe de accidentes de trabajo del trimestre anterior 10. Informe de agresiones trimestre anterior 11. Escritos remitidos al comité 12. Ruegos y preguntas 	Tratados todos los puntos del orden del día.

9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La vigilancia de la salud constituye una de las funciones principales del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Área de Salud de Soria. La Ley establece que se ejerce en relación con los riesgos derivados del puesto de trabajo, pero la prestación del servicio va mucho más allá: se valoran trabajadores especialmente sensibles, prórrogas de personal para el servicio activo, exámenes de salud ordinarios y orientados a la aptitud en el puesto de trabajo.

Tipo de examen de salud		Gerencia								% DEL TOTAL DE EXÁMENES DE SALUD REALIZADOS		
		Atención Especializada		Atención Primaria		Salud de Área		Emergencias Sanitarias			TOTAL	
		O	R	O	R	O	R	O	R		O	R
Iniciales		80	81	11	12	1	1	1	1	93	95	18%
Tras asignación de nuevas tareas / cambio de puesto		1	1							1	1	0%
Periódicos		628	277	260	30	45	11	12	11	945	329	62%
Tras ausencia prolongada por motivos de salud		30	35	11	5					41	40	8%
Valoración de trabajadoras embarazadas o en periodo de lactancia (*)			22		4						26	5%
Valoración de otros trabajadores especialmente sensibles. Valoración del puesto de trabajo por causa de salud (Orden 1037/2014) (*)			12								12	2%
Otros: (especificar)	ORDEN SAN/1119/2012 (*) (prorrogaciones y prórrogas)		4		2						6	1%
	Valoración Periódica de la Colegiación de personal médico		15		7						22	4%
TOTAL		739	447	282	60	46	12	13	12	1080	531	100%

O = Ofertados; R = Realizados



9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TRABAJADORES ESPECIALMENTE SENSIBLES, AÑO 2017					
Tipo de Sensibilidad	Nº de estudios realizados	Resultados de los estudios			
		Nº de compatibles	Nº de adaptaciones	Nº de cambios de puesto	Suspensión de contrato
Mujeres embarazadas	26		5		21
Mujeres en periodo de lactancia	1				1
Discapacidad	Física				
	Psíquica				
	Sensorial				
Condiciones médicas específicas	Alergia al látex				
	Sensibilidad Química				
Condiciones de trabajo	Turnicidad-Noche	2		2	
	Exención guardias				
	Carga de trabajo	10		4	6
	Prolongación jornada				
	Ambiente Laboral				
	Conducción vehículos				



INFORMES PROLONGACIÓN / PRÓRROGA EN EL SERVICIO ACTIVO AÑO 2017			
Gerencia	Prolongación	Prórroga	TOTAL
A.E.	4		4
A.P.	2		2
G.S.A.			
112			
TOTAL	6		6

RESULTADO EXÁMENES DE SALUD REALIZADOS, año 2017						
Resultado	Gerencia				TOTAL	% DEL TOTAL DE EXÁMENES DE SALUD REALIZADOS
	A.E.	A.P.	G.S.A.	112		
Apto	412	55	12	12	491	92%
Apto con restricciones	35	5			40	8%
No apto temporal (en estudio)						
No apto						
Otros (especificar)						
TOTAL	447	60	12	12	531	100 %

9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

También se llevan a cabo desde el Servicio, las vacunaciones de todo el personal en sus diferentes tipos (gripe, hepatitis, triple vírica, etc.), se realizan protocolos de vigilancia para la salud, consultas e interconsultas a las que voluntariamente acuden los trabajadores de los distintos servicios, estudios epidemiológicos o diversas actividades relacionadas con la promoción de salud más vinculados a la esfera individual.

VACUNACIONES, año 2017										
Gerencia	Tétanos-difteria	Triple Vírica	Neumo coco (≥60)	Gripe	Hepatitis B	Varicela	Hepatitis A	Tos Ferina (dTpa)	Otras (*)	TOTAL
A.E.	33	1	38	412	56				4	544
A.P.	4	1			2					7
Otros	1			11						13
112				7	3				1	10
TOTAL	38	2	38	430	61				5	574

CONSULTAS E INTERCONSULTAS, año 2017				
Gerencia	Consultas			Interconsultas
	Médicas	De enfermería	Total	
A.E.	397	597	994	73
A.P.	35	18	53	10
Otros	1	13	14	3
112	3	9	12	4
TOTAL	436	637	1073	90

ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE VIGILANCIA COLECTIVA DE LA SALUD AÑO 2017	
Denominación del estudio realizado	Indicadores utilizados
Seguimiento de accidentes con exposición a material biológico	Nº de accidentes registrados
Evolución de la sintomatología respiratorios en trabajadores de la Unidad de Hemodiálisis	Nº de trabajadores con síntomas



9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PROMOCIÓN DE LA SALUD, AÑO 2017		
ACTIVIDAD REALIZADA	Realizada	Nº trabajadores
Consejo anti-tabaco		50
Promoción del ejercicio físico		180
Promoción de hábitos alimenticios		234
Preparar para la jubilación		
Incorporación de la vacunación sistemática del adulto en el contexto de la vigilancia de la salud		113
Prevención de la enfermedad cardiovascular: detección de factores de riesgo cardiovascular		147
Prevención del hábito alcohólico y otras drogodependencias		
Otros (especificar)		
TOTAL		724

LISTADO DE PROTOCOLOS UTILIZADOS, MODIFICADOS Y ELABORADOS, año 2017	
Protocolos utilizados - Denominación	Nº Trabajadores a los que se les ha aplicado en el año
Agentes Anestésicos Inhalatorios	25
Agentes Biológicos	397
Agentes Citostáticos	13
Dermatosis Laborales	76
Manipulación Manual de Cargas	239
Posturas Forzadas	215
Pantallas de visualización de Datos	31
Radiaciones Ionizantes	81
Ruido	97
Compuestos Orgánicos Volátiles y Formaldehído	10
Normas generales para la administración de vacunas en adultos	574
Protocolo de protección de los trabajadores especialmente sensibles a determinados riesgos	12
Medidas de protección en situación de embarazo o lactancia	26
Seguimiento de accidentes con riesgo biológico	39
Agresiones	14



9. Dimensión social

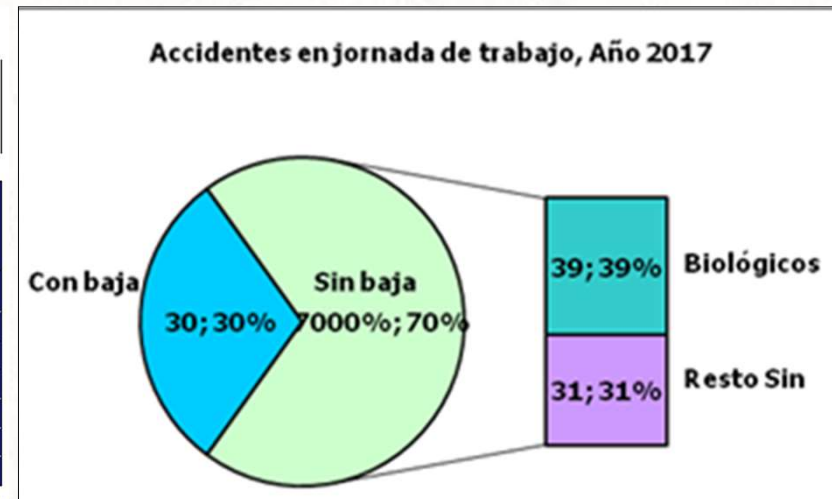
9.2. Indicadores del desempeño social

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Una parte fundamental del servicio es la atención y seguimiento de todos los accidentes de trabajo que ocurren en el «día a día» de las distintas unidades de la GASSO.

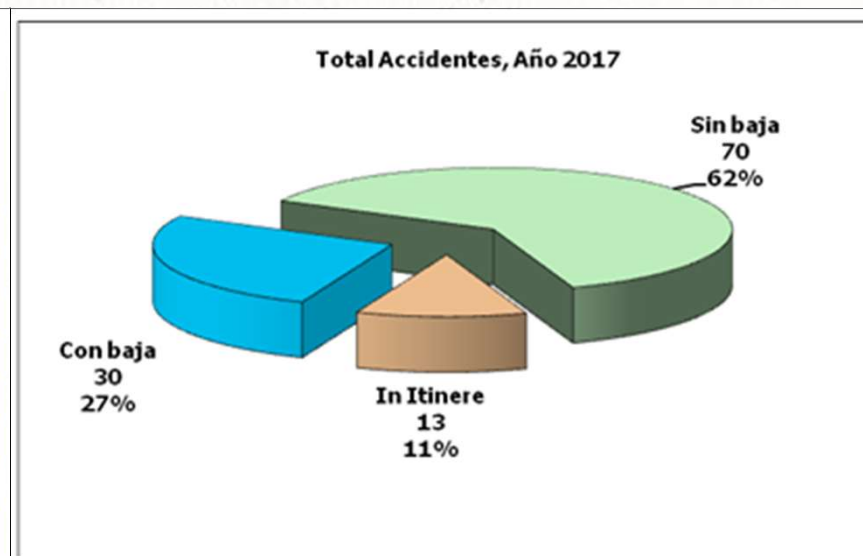
12 ACCIDENTES Y DAÑOS A LA SALUD

ÁREA DE SALUD DE SORIA		ACCIDENTES DE TRABAJO, AÑO 2017														Sacyl Gerencia Regional de Salud							
CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA	Nombre del centro	Con baja										Sin baja			Total Accidentes en jornada de trabajo								
		Biológicos					Resto A.T.					TOTALES Con Baja					Jornadas Perdidas	Biológicos	Resto A.T.	Total Sin Baja	Bio	Resto	Total
	H. Santa Bárbara					16					16	16				16	1.748	29	21	50	29	37	66
	H. Virgen del Mirón					11					11	11				11	676	1	8	9	1	19	20
	TOTAL ATENCIÓN ESPECIALIZADA					27					27	27				27	2.424	30	29	59	30	56	86
	ATENCIÓN PRIMARIA					3					3	3				3	364	9	2	11	9	5	14
	OTROS																						
	Total					30					30	30				30	2.788	39	31	70	39	61	100
	GERENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS																			1	1	1	1



ACCIDENTES IN ITINERE 2017

ACCIDENTES IN ITINERE		Con baja						Sin Baja	Total in itinere
CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA	Centros / Gerencias	L	G	MG	M	Total	Jornadas Perdidas	Total	
		H. Santa Bárbara	7				7		312
H. Virgen del Mirón	1					1	12	2	
	TOTAL ATENCIÓN ESPECIALIZADA	8				8	324	4	
	ATENCIÓN PRIMARIA	1				1	47	1	
	OTROS								
	Total	9				9	371	4	
	GERENCIA DE EMERGENCIAS SANITARIAS								



9. Dimensión social

9.2. Indicadores del desempeño social

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ÁREA DE SALUD DE SORIA

ACTIVIDAD FORMATIVA PRL, AÑO 2017



Denominación del Curso	T / P	Dirigido a:	Nº Participantes		Nº Horas		Ediciones		Fecha		Impartido por (SP, personal propio, empresa ajena)
			Previsto	Real	Previsto	Real	Previsto	Real	Prevista	Real	
1. TELEFORMACIÓN											
PRL 00. Curso Básico PRL en el ámbito sanitario. GRS	T	Mandos intermedios: Jefes de Servicio/Unidad/Sección/Grupo/ Equipo, Jefes de Unidades de Gestión Clínica, Supervisoras, Coordinadores de Equipos de Atención Primaria y Emergencias	100		50,0		1/3		Marzo		SP
	T	Todos	100	74	50,0	50,0	2/3	1	Junio	Nov/Dic	SP
	T	Todos	100		50,0		3/3		Octubre		SP
2. CURSOS PRESENCIALES											
2.1 Formación a COLECTIVOS ESPECÍFICOS: Cursos por Centros de Salud, servicios hospitalarios o categorías concretas											
PRL 31. Riesgo biológico: Equipos de protección individual frente a riesgo biológico de alto nivel.	P	Médicos	20		3,0		1/2		Mayo		SP
	P	Enfermeras	20		3,0		2/2		Mayo		SP
PRL 42/44. Técnicas de movilización de pacientes. Higiene postural/ Escuela de espalda	P	Celadores, Personal de Emergencias Sanitarias.	12	9	4,0	4,0	1/3	1/3	Feb	Feb	Personal Propio
	P	Enfermeras, TCAE	12	9	4,0	4,0	2/3	2/3	Feb	Feb	Personal Propio
	P	Celadores, Personal de Emergencias Sanitarias	12	13	4,0	4,0	3/3	3/3	Marzo	Feb	Personal Propio
2.2 Formación sobre RIESGOS ESPECÍFICOS											
PRL 23. Plan de emergencia / Autoprotección	P	Todos los trabajadores del Hospital Santa Bárbara.	40	10	1,0	1,0	1/1	1/1	Julio	Julio	SP
PRL 23. Plan de emergencia / Autoprotección	P	Todos los trabajadores del Hospital Virgen del Mirón y C. S. Soria Rural	40	15	1,0	1,0	1/1	1/1	Julio	Julio	SP
PRL 23. Medidas de Emergencia en Centros de Salud	P	Todos los trabajadores del Centro de Salud	20		1,0		1/2		Octubre		SP
	P	Todos los trabajadores del Centro de Salud	20		1,0		2/2		Octubre		SP
PRL 32. Protección inmunológica de los trabajadores	P	Todos los trabajadores	20		1,0		1/2		Octubre		SP
	P	Todos los trabajadores	20		1,0		2/2		Octubre		SP
PRL 61. Técnicas de detección de conductas violentas/ Prevención de agresiones	P	Todos los trabajadores	20	25	20,0	20,0	1/1	1/1	Octubre	Nov.	Personal Externo
PRL 62. Habilidades de comunicación, asertividad, empatía, escucha activa	P	Todos los trabajadores	20	30	20,0	20,0	1/1	1/1	Octubre	Noviembre	Personal Externo
PRL 63. Inmovilización de pacientes agitados, manejo de pacientes con problemas psíquicos	P	Todos los trabajadores	20	23	12,0	12,0	1/1	1/1	Octubre	Octubre	Personal Externo
			596	208	226,0	116,0	17	9			

La formación en materia de prevención también es una función presta el servicio a toda la organización.

Existe un Plan específico anual que es impartido a lo largo de todo el año, generalmente, por personal de la Unidad. En algunos cursos muy específicos puede ser necesaria la presencia de personal externo a la organización cuyos costes son imputados al presupuesto global del Plan de Formación de la GASSO.



10. Parámetros de la memoria

10.1. Cobertura de la memoria

Esta Memoria de Sostenibilidad hace referencia a toda la actividad desarrollada de manera directa por la actual Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.

Como ya se ha explicado, en esta Gerencia se integran 17 centros de trabajo con la siguiente distribución:

-En la estructura de **ATENCIÓN PRIMARIA** disponemos de 14 Centros de Salud: 2 urbanos, 1 periurbano y 11 rurales. En el Centro de Salud urbano Soria Norte existe un dispositivo adicional de Soria Tarde creado al efecto de atender pacientes que voluntariamente demanden este servicio.

-La estructura de **ATENCIÓN HOSPITARIA o ESPECIALIZADA** existen 2 hospitales, ubicados en la propia capital.

- En el Hospital Santa Bárbara, es el centro donde se concentra la mayor parte de los servicios especializados del Complejo y donde se desarrolla la gran mayoría de la actividad asistencial. Cuenta con servicios especializados de Quirófanos, Urgencias, Laboratorios, Radiología, UCI, Diálisis, Hospital de día oncológico, Partos, Esterilización, Consultas Externas. Cuenta con 220 camas para las especialidades de Cirugía general y Digestivo, Tocoginecología, Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Medicina Interna (y sus especialidades), Hematología, Dermatología.
- El Hospital Virgen del Mirón dispone de 105 camas, para la prestación de servicios de Geriátrica, Medicina Interna, Paliativos y Psiquiatría agudos y Rehabilitación Psiquiátrica. En él se encuentran, además, la Unidad de Salud Mental, el Centro de día psico-social, el Servicio de Anatomía Patológica del Complejo, el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Área y la Unidad de Control Financiero así como el resto de unidades soporte básicas para el funcionamiento de un hospital (Farmacia, Consultas Externas, Admisiones, Cocina, Lavandería, Mantenimiento).

- Por último, existe un último centro de trabajo, la denominada antigua Gerencia de Salud de Área, con unos 45 trabajadores, donde se ubican los servicios de Inspección Médica y Farmacéutica, Prestaciones, Registro y otras unidades administrativas complementarias de las existentes en las diferentes áreas.



10. Parámetros de la memoria

10.2. Fecha de la memoria anterior más reciente

En Diciembre de 2013, se elaboró la primera Memoria de Sostenibilidad 2013 de la entonces denominada Gerencia Integrada de Soria.

En ese momento, se realizó un primer análisis de la cuestión de la sostenibilidad desde los distintos enfoques que en aquel momento se establecía desde el modelo GRI (Global Reporting Initiative). Este dispone en su propia guía GRI que “su misión es satisfacer esta necesidad proporcionando un marco fiable y creíble para la elaboración de memorias de sostenibilidad que pueda ser utilizado por las organizaciones con independencia de su tamaño, sector o ubicación”.

En el margen derecho, se expone el índice general de esta Memoria.

En Abril de 2016 se realizó una actualización de la Memoria de sostenibilidad de la Gerencia. En dicho documento se abordaban los siguientes puntos:

- Introducción.
- Relevancia de la sostenibilidad de la organización.
- Descripción de los principales impactos, riesgos y oportunidades.
- Un perfil actualizado de la organización.
- Finalmente, se destacaba la situación actual y los proyectos inmediatos de futuro.



MEMORIA DE SOSTENIBILIDAD 2013 Gerencia Integrada de Soria	
INDICE	
	PAGI
0. INTRODUCCION	3
1. ESTRATEGIA Y ANALISIS.	4
1.1. Relevancia de la sostenibilidad para la organización y su estrategia.	4
1.2. Descripción de los principales impactos, riesgos y oportunidades.	5
2. PERFIL DE LA ORGANIZACIÓN.	11
2.1. Nombre de la organización.	11
2.2. Principales marcas, productos y/o servicios.	12
2.3. Estructura operativa de la organización.	13
2.4. Localización de la sede principal de la organización.	14
2.5. Naturaleza de la propiedad y forma jurídica.	14
2.6. Mercados actuales y futuros.	16
2.7. Dimensiones de la organización.	17
2.8. Cambios significativos durante el periodo cubierto por la memoria en el tamaño, estructura y propiedad de la organización.	18
2.9. Premios y distinciones recibidos durante el periodo informativo.	19
3. PARAMETROS DE LA MEMORIA	21
3.1. Perfil de la memoria.	21
3.2. Alcance y cobertura de la memoria.	22
4. GOBIERNO, COMPROMISOS Y PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS.	22
4.1. Estructura de gobierno de la organización.	22
4.2. Declaraciones de misión y valores desarrolladas internamente, códigos de conducta y principios relevantes para el desempeño económico, ambiental y social.	24
4.3. Participación de los grupos de interés.	27
5. ENFOQUES DE GESTION E INDICADORES DE DESEMPEÑO.	28
5.1. Dimensión económica.	28
5.2. Dimensión ambiental.	35
5.3. Dimensión social.	41
5.2. Dimensión de derechos humanos.	54
5.2. Dimensión de sociedad.	59
5.2. Dimensión de responsabilidad de productos.	65
6. PROYECTOS DE FUTURO.	94

10. Parámetros de la memoria

10.3. Periodo cubierto por la información de la memoria

Este documento incluye una actualización de la nueva organización que hoy es la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (desde noviembre de 2016). Como ya se ha dicho, no se trata de la primera memoria en materia de sostenibilidad, pero los últimos indicadores analizados databan del año 2012. Por ello, se ha procedido a realizar un análisis de datos (donde ha sido posible) de los años 2013 a 2017, pues con ello se puede visualizar la evolución de nuestra organización en el último quinquenio.

En cuanto al ciclo de presentación de memorias, aunque con formato y contenido desigual, esta es la tercera memoria que se realiza. Así pues, mantenemos el compromiso de elaboración de una memoria con carácter bienal.



10. Parámetros de la memoria

10.4. Concordancia de esta memoria con el Pacto Mundial de las Naciones Unidas

En la Memoria correspondiente a 2017 de esta Gerencia (página 9) se podía leer:

En su compromiso por la defensa de los derechos humanos, los derechos laborales, el medio ambiente y la lucha contra la corrupción, la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria se ha unido como firmante a los 10 Principios del Global Compact de Naciones Unidas (<http://www.unglobalcompact.org>) con el compromiso de:

- poner en práctica el Pacto Mundial de la ONU Diez Principios, a través de su propia estrategia y operaciones.
- alentar a las organizaciones y personas con las que interactúa a participar en el Pacto Mundial de Naciones Unidas.



Se trata de un instrumento de libre adscripción por parte de las empresas y organizaciones laborales y civiles que se comprometen a implantar Diez Principios de Conducta y Acción en su estrategia y en sus operaciones, que están relacionados con el respeto de los derechos humanos, los estándares laborales y el medio ambiente y la lucha contra la corrupción. Los diez principios se derivan de:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- La Declaración de la Organización Internacional del Trabajo sobre Principios fundamentales y Derechos Laborales.
- La Declaración de Río de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo.
- La Convención de las Naciones Unidas en contra de la Corrupción.

Los 10 Principios del Pacto Mundial son:

DERECHOS HUMANOS	PRINCIPIO 1.	Las empresas deben apoyar y respetar la protección de los derechos humanos fundamentales, reconocidos internacionalmente, dentro de su ámbito de influencia.
	PRINCIPIO 2.	Las empresas deben asegurarse de que sus empresas no son cómplices en la vulneración de los derechos humanos.
NORMAS LABORALES	PRINCIPIO 3.	Las empresas deben apoyar la libertad de afiliación y el reconocimiento efectivo del derecho a la negociación colectiva.
	PRINCIPIO 4.	Las empresas deben apoyar la eliminación de toda forma de trabajo forzoso o realizado bajo coacción.
	PRINCIPIO 5.	Las empresas deben apoyar la erradicación del trabajo infantil.
MEDIO AMBIENTE	PRINCIPIO 6.	Las empresas deben apoyar la abolición de las prácticas de discriminación en el empleo y la ocupación.
	PRINCIPIO 7.	Las empresas deberán mantener un enfoque preventivo que favorezca el medio ambiente.
	PRINCIPIO 8.	Las empresas deben fomentar las iniciativas que promuevan una mayor responsabilidad ambiental.
ANTICORRUPCION	PRINCIPIO 9.	Las empresas deben favorecer el desarrollo y la difusión de las tecnologías respetuosas con el medio ambiente.
	PRINCIPIO 10	Las empresas deben trabajar contra la corrupción en todas sus formas, incluidas extorsión y soborno.

A lo largo del presente documento, en todo momento hemos pretendido que quedara reflejado nuestro compromiso con este Pacto Mundial. Donde más se puede apreciar es en lo relativo a normas laborales y medio ambiente, de amplio desarrollo en esta memoria.

Nuestra organización respeta de manera indiscutible los derechos humanos tanto de trabajadores como de pacientes (en los últimos años no ha habido ninguna reclamación o denuncia en ese sentido).

Algo similar se puede argumentar sobre las normas anticorrupción: ningún trabajador de esta organización se ha visto inmerso en alguna de estas prácticas.

10. Parámetros de la memoria

10.5. Cambios más significativos respecto a periodos anteriores.

Desde la primera Memoria de sostenibilidad datada en 2014 y elaborada en los últimos meses de 2013, muchos e importantes han sido los cambios experimentados en nuestra Gerencia.

Cabe resaltar como punto de arranque de esta andadura, el mes de noviembre de 2011, cuando se produjo la fusión de las Gerencias de Atención Primaria y Especializada, en lo que se denominó Gerencia Integrada de Soria, cuya consecución definitiva a nivel estructural y funcional ha avanzado de manera importante en los años siguientes. A partir de esa fecha, todas las actuaciones realizadas, ya se en materia de sostenibilidad o no, han tenido como guía las estrategias transversales ya mencionadas en el presente documento y siempre considerando la integración de las estructuras asistenciales y económicas de nuestra organización.

Así pues, se va a realizar un breve recorrido por el periodo 2014-2017 destacando los principales hitos de esta Gerencia.



GERENCIA INTEGRADA DE SORIA

10. Parámetros de la memoria

10.6. Cambios más significativos respecto a periodos anteriores.

AÑO 2014

- En el mes de febrero de 2014 se produce un acontecimiento importante y es la consecución del sello de excelencia europea 500+ a la Gerencia Integrada de Soria. Se trata de la primera organización sanitaria que de forma integrada consigue este galardón.
- A largo del año, se reacreditan con certificaciones ISO 9001:2008 a las unidades de Laboratorio de Bioquímica, Coordinación de Trasplantes y Banco de Sangre.
- En 2014 se ha desarrollado un nuevo Cuadro de Mandos Integrado (SIGGIS) que permitirá tanto a la gerencia como a los profesionales la monitorización y el seguimiento de sus objetivos y actividad.
- Elaboración de las Orientaciones Estratégicas que sirven de base para la elaboración del Plan Estratégico de la GIS para el periodo 2015-2020.



COMUNICACION
de la Junta de Castilla y León

LA JUNTA ABRE LA UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN EL HOSPITAL VIRGEN DEL MIRON

Atrenderá a los pacientes crónicos y pluripatológicos complejos del Área de Salud de Soria, con el propósito de que los casi 2.700 enfermos de este tipo puedan ingresar para tratamientos cortos de estabilización

13 de mayo de 2014
Castilla y León | Delegación Territorial de Soria

En la jornada de hoy ha comenzado a funcionar el área de ingreso de la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) de la Gerencia Integrada de Soria, siendo esta UCA una evolución de la Unidad del Paciente Crónico y Pluripatológico que ya funciona desde hace más de un año en el Área de Salud de Soria.

La UCA tiene como finalidad atender a los pacientes crónicos y pluripatológicos complejos del área, debido a su gran fragilidad y a la mayor necesidad asistencial que presentan. Este proceso de atención tiene como misión principal asistir en las mejores condiciones posibles a este tipo de pacientes, evitando múltiples consultas y desplazamientos, así como mantener al paciente en unas condiciones óptimas en su entorno habitual, evitando ingresos prolongados con alto desgaste social y familiar.

Los pacientes seguirán dependiendo de su médico de Atención Primaria, siendo entre quienes lo incluya en este programa, donde el extremo será atendido en un nuevo modelo asistencial, con características integradas.

La novedad consiste en la inauguración de seis camas a cargo de Geriatria y Medicina Interna, en la segunda planta del ala este del Hospital Virgen del Mirón, con el propósito de que los pacientes de este tipo puedan ingresar para tratamientos cortos de estabilización (máximo 72 horas), siendo posteriormente dados de alta.

El área de la UCA solo se ocupará de las patologías crónicas y las desestabilizaciones originadas por este motivo, siendo las patologías agudas sobreafealdadas tratadas por la vía ordinaria de la medicina tradicional, pudiendo ser valoradas en Urgencias y/u otros servicios.

Este sistema se aplicará, única y exclusivamente, a los pacientes cuando ya hayan sido catalogados como crónicos y pluripatológicos complejos e incluidos en el proceso por su médico de Atención Primaria y en caso de necesitar pruebas diagnósticas estas se realizarán con máxima preferencia.

Con este nuevo servicio, la Consejería de Sanidad centra el Proceso de Atención a los Pacientes Crónicos con el que la Junta de Castilla y León quiere dotar de mayor calidad de vida a este grupo tan importante de población.

En Soria se calcula que un total de 2.665 pacientes cumplen los criterios de inclusión en este modelo de atención y por lo tanto serán subafectados de beneficiarse de él.

- Se ha desarrollado la intranet de la gerencia, para conseguir el acceso de los facultativos de atención primaria a la historia del hospital (Jimena) y de los facultativos de éste a la de primaria (Medora), así como el programa de Cuidados de Enfermería, integrándolo en el programa Gacela de enfermería hospitalaria y permitiendo el acceso de la enfermería de primaria.
- Se ha dotado del programa Medora a la Unidad de Continuidad Asistencial (UCA) y al servicio de urgencias del hospital Santa Bárbara para posibilitar la atención integrada mediante historia clínica electrónica única de los pacientes crónicos y pluripatológicos.
- Se ha generalizado la prescripción informatizada, estando previsto la puesta en marcha de la receta electrónica en el primer trimestre de 2014. Se ha puesto en marcha el visado electrónico de recetas, evitando desplazamientos a los pacientes.
- Unidad de Continuidad Asistencial para atender las necesidades de hospitalización para descompensación de patologías crónicas y el apoyo al autocontrol y control de este tipo de pacientes. Comenzó a funcionar en septiembre de 2014 con 123 primeras consultas y 68 consultas sucesivas en 2014.

- ✓ En septiembre de 2014, inicio de las obras de reforma de 3 unidades de hospitalización en Hospital Santa Bárbara con un presupuesto de 1.630.000 euros.
- ✓ Sustitución de ventanas y forrado exterior en Centro de Salud Soria Norte para mejorar el aislamiento térmico del edificio, con una inversión de 177.000 euros.
- ✓ Obras de adecentamiento parcial de la urbanización exterior del Hospital Santa Bárbara de Soria (inversión 33.000 €).
- ✓ Adjudicación del expediente de biomasa al Hospital Virgen del Mirón.



10. Parámetros de la memoria

10.6. Cambios más significativos respecto a periodos anteriores.

AÑO 2015

La GIS en el 'Encuentro en la cumbre de los Embajadores de la Excelencia Europea 2015'



El acto se celebraba este martes en Madrid, en el marco del XXIV Foro anual del Club Excelencia en Gestión

- ✓ Publicación del Plan Estratégico 2015-2020 de la Gerencia Integrada de Soria, documento básico de planificación del próximo quinquenio.
- ✓ En 2015 la GIS 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.
- ✓ 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, con una línea de investigación conjunta, "La salud medioambiental como determinante de la salud de las personas".

- Creación de 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, etc.
- Servicio de consultas telefónicas de urgencias pediátricas. 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.
- **NUEVAS PRESTACIONES 2015.**
 - Elastosonografía, para diagnóstico del Virus de la Hepatitis C.
 - Test rápido de detección de antígeno Estreptocócico.
 - Fototerapia. Para mejora del tratamiento de enfermedades de la piel como el vitíligo y la psoriasis.
 - Citas por SMS en consultas externas. Nuevo sistema mediante el cual se comunicará las citas a través de mensajes SMS al teléfono móvil de cada paciente.
 - Tramitación de la inscripción de recién nacidos en el Registro Civil. Desde noviembre de 2014, 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.
- **COORDINACION 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 socio sanitaria en el centro residencial de personas mayores de Los Royales

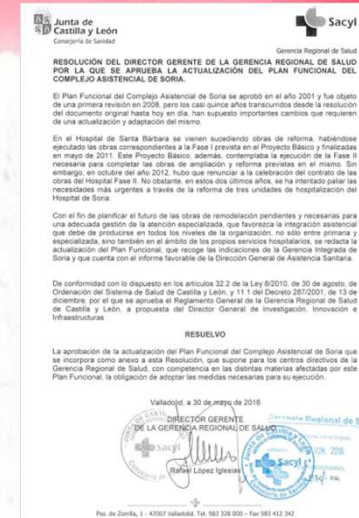


- Finalización de las obras de reforma de 3 unidades de hospitalización en Hospital Santa Bárbara (inversión 1,63 millones de euros).
- Ampliación de espacios para la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, con 6 nuevos puestos de despertar. Intervención realizada con medios propios.
- Notable aumento del presupuesto destinados a inversiones (un 58 % respecto al ejercicio pasado y un 163% sobre el periodo 2012-2014)
- Inicio del suministro con biomasa en Hospital Virgen del Mirón.

10. Parámetros de la memoria

10.6. Cambios más significativos respecto a periodos anteriores.

AÑO 2016



- ✓ Publicación del Decreto 42/2016, de 10 de noviembre, el cual en su Disposición Adicional Primera establece que se crea la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, en el Área de Salud de Soria.
- ✓ Con fecha de 30 de mayo de 2016, se aprueba el **Plan Funcional del Complejo Asistencial de Soria**, documento esencial para la planificación de la estructura y de la oferta de servicios en materia de atención especializada en la provincia de Soria.
- ✓ En 2016, tuvo lugar la reacreditación de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria con un sello 400+
- ✓ Premio Buenas Prácticas 2016 del Ministerio de Sanidad y Consumo al Centro de Salud Soria Norte, por el trabajo **Proceso de detección precoz de la depresión posparto** del Centro de Salud Soria Norte.



- En 2016 se ha puesto en marcha la gestión de casos, en oncología radioterápica y esclerosis lateral amiotrófica, con magníficos resultados en mejora de tiempos de desplazamiento interprovincial y de respuesta al paciente.
- Creación del Comité de Lactancia Materna, formado por pediatras, matronas y enfermera/os de área. Teniendo como objetivo fundamental promocionar la lactancia materna difundiendo conocimientos actualizados sobre el tema e impulsando la formación de los profesionales.
- Receta electrónica. Se puso en funcionamiento en esta provincia en el mes de diciembre de 2015 en los centros de Salud de Berlanga de Duero y San Esteban de Gormaz, y posteriormente a lo largo de 2.016, se ha ido extendiendo a todos los Centros de Salud de la provincia y el Complejo Hospitalario de Soria. El porcentaje de pacientes con dispensación electrónica en 2016 sobre el total de las tarjetas sanitarias en esta Gerencia de Asistencia Sanitaria ha sido del 23,68%.
- En 2016 tres unidades de nuestra Gerencia de Asistencia Sanitaria han sido reconocidas como Unidades de Gestión Clínica (UGCs) al amparo de lo dispuesto en el DECRETO 57/2014, de 4 de diciembre, (BOCyL 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 Gerencia de Asistencia Sanitaria. Estas tres unidades son: Unidad de Diagnóstico por imagen, Unidad de Enfermería del Bloque Quirúrgico y Esterilización, Equipo de Atención Primaria de San Esteban de Gormaz

- Con fecha 8 de agosto de 2016, se firmó contrato de Adaptación de Proyecto de Fase II del Complejo Asistencial de Soria.
- En el primer semestre de 2016, se realizaron las obras de ampliación de espacios en el Área de Anatomía Patológica en el Hospital Virgen del Mirón, una actuación de enorme complejidad técnica que fue realizada parcialmente con medios propios. Con esta obra se dio adecuada respuesta a un problema existente de cumplimiento de las recientes normas aprobadas para protección de los trabajadores frente al formaldehído.
- Nuevamente, notable crecimiento del gasto en inversiones respecto a ejercicios anteriores, con menciones especiales a la renovación tecnológica de dos quirófanos, la compra de un litotriector láser (mejora de la técnica de litotricia) o la compra de un ecocardiógrafo para introducción de la técnica en el servicio de Pediatría.



10. Parámetros de la memoria

10.6. Cambios más significativos respecto a periodos anteriores.

AÑO 2017

- ✓ Después de una larga tramitación administrativa, con fecha 9 de noviembre de 2017, el Consejo de Gobierno de la Junta de Castilla y León, aprobó el gasto del expediente de las obras de la Fase II de reforma y ampliación del Hospital Santa Bárbara de Soria. Dicho expediente cuenta con un presupuesto de 35.311.764,44 euros (IVA incluido). La publicación del expediente en el Boletín Oficial de Castilla y León se produjo con fecha de 29 de diciembre de 2017.
- ✓ En el mes de noviembre de 2017 se puso en marcha en el Área de Salud de Soria un Equipo de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos. Se hizo coincidir la puesta en marcha del equipo con la nueva ubicación de la Unidad de Hospitalización de paliativos en el Hospital Santa Bárbara, con ocho habitaciones individuales con dos camas, una para el paciente y otra para el acompañante.
- ✓ En su compromiso por la defensa de los derechos humanos, los derechos laborales, el medio ambiente y la lucha contra la corrupción, la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria se ha unido como firmante a los 10 Principios del Global Compact de Naciones Unidas (<http://www.unglobalcompact.org>) con el compromiso de poner en práctica el Pacto Mundial de la ONU Diez Principios, a través de su propia estrategia y operaciones.



SORIA Noticias.com



- ✓ La Consejería de Sanidad, a través de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, ha adjudicado a la empresa Severiano Servicio Móvil, S.A. el servicio de digitalización e indexación de las historias clínicas del archivo activo del Complejo Asistencial de Soria, por un importe total de 675.180 euros (IVA incluido). Este proyecto permitirá fomentar y completar de manera definitiva el uso de la historia clínica electrónica entre todos los profesionales de la Gerencia Asistencial de Soria.
- ✓ A lo largo de 2017, se han aprobado dos planes de contingencia que han intentado dar una adecuada respuesta a problemas organizativos internos de nuestros centros: *Plan de Contingencia ante olas de calor* y *Plan de Contingencia ante situaciones de incremento de necesidades de hospitalización*.
- ✓ Desarrollo de la receta electrónica, llegando en 2017 al 55% de los pacientes del Área. También se ha conseguido mejorar la interoperabilidad con casi todas las comunidades autónomas: Aragón, Canarias, Castilla y León, Castilla La Mancha, Comunidad Foral de Navarra, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Asturias, Cantabria, Cataluña, Murcia y el País Vasco.

- ✓ En 2017 dieron comienzo las obras de ampliación y reforma del Centro de Salud de San Pedro Manrique (con fecha 1 de marzo), cuya ejecución está prevista en dos fases sucesivas con un plazo total de 12 meses y cuentan con un presupuesto de 725.327,81 €.
- ✓ Nuevo incremento de la partida destinada a inversiones
- ✓ Una de los equipamientos más demandados en los últimos años ha sido la instalación de un segundo TAC en el Hospital Santa Bárbara de Soria. Con fecha 18 de diciembre de 2017 se ha puesto en funcionamiento un nuevo equipo de tomografía axial computerizada (TAC) a incorporar a la cartera de servicios del Servicio de Radiodiagnóstico del Complejo Asistencial de Soria. También hay que destacar la incorporación de láser verde que supondrá la incorporación de esta técnica con mayores garantías e calidad y seguridad del paciente.



11. Bibliografía

DOCUMENTACION DE REFERENCIA

- Guía para la elaboración de memorias de sostenibilidad Global Reporting Initiative (GRI) 2016.
- Pacto Mundial de la Organización de las Naciones Unidas (ONU): Global Compact.
- Informe PREVISIONES ECONÓMICAS DE CASTILLA Y LEON, Nº 13/2018, del Grupo Unicaja, edición digital de abril 2018 y disponible en españaduro.es
- INFORME MENSUAL DE COMERCIO EXTERIOR DE CASTILLA Y LEON. Diciembre de 2017. Ministerio de Industria y Competitividad. Secretaría de Estado de Comercio. Dirección Territorial de Valladolid
- https://estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla66y33_100/1246989275272/ / / /
- <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/transparencia> (Portal de salud de la Consejería de Sanidad de Castilla y León. Transparencia sanidad).
- Memoria de actividades 2016. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Soria.

OTRAS MEMORIAS

- Memoria de responsabilidad social corporativa. Área de Salud Valladolid Oeste 2014.
- Memoria de Sostenibilidad 2016. Instituto Catalán de Oncología (ICO).

DOCUMENTACION INTERNA.

- MEMORIA DE SOSTENIBILIDAD 2013. GERENCIA INTEGRADA DE SORIA.
- DOCUMENTO ACTUALIZACION. MEMORIA DE SOSTENIBILIDAD. GERENCIA INTEGRADA DE SORIA. Abril de 2016.
- Memoria EFQM 2013. Gerencia Integrada de Soria.
- Memoria EFQM 2016. Gerencia Integrada de Soria.
- Memorias anuales de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, correspondientes a los años 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017.
- III Plan Estratégico 2015-2020 de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.
- Memoria del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Área de Salud de Soria del año 2017.
- Memoria de la Unidad de Formación de Soria correspondiente a 2017.
- Planes Económicos-Presupuestarios de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria de los años 2015, 2016 y 2017.
- Plan Anual de Gestión para el Área de Salud de Soria del año 2017.

- Toda la información de carácter macroeconómico o de población ha sido obtenida de la página web del Instituto Nacional de Estadística (<http://www.ine.es/>)
- Asimismo, hay abundante información obtenida de los programas informáticos o registros internos que han sido la base de muchos de los gráficos o tablas expuestos.
- Por último, mencionar que muchas de los recortes de noticias expuestos han sido recogidos de medios de comunicación locales, a los que se agradece su atención permanente a nuestra organización.

12. Glosario de términos

SIGLA	DESCRIPCION
112	Servicio de Emergencias de Castilla y León
A.E.	Atención Especializada
A.P.	Atención Primaria
AECC	Asociación Española contra el Cáncer.
AIISCYL	Asociación de Informáticos de Instituciones Sanitarias de Castilla y León
AIREF	Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal
ASOVICA	Asociación Virgen del Camino, dedicada a enfermos mentales
ASPACE	Asociación de Parálisis Cerebral y Patologías Afines
C.A.	Complejo Asistencial
C.S.	Centro de Salud
CA BU	Complejo Asistencial de Burgos
CA LE	Complejo Asistencial de León
CA ZA	Complejo Asistencial de Zamora
CASO	Complejo Asistencial de Soria
CAU SA	Complejo Asistencial Universitario de Salamanca
CC. OO.	Comisiones Obreras
CC.AA.	Comunidad Autónoma
CESM	Confederación Estatal de Sindicatos Médicos
CGT	Confederación General del Trabajo
CIE10	Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima revisión
CO2	Dióxido de carbono
CSIF	Central Sindical Independiente y de Funcionarios
CyL	Castilla y León
DTF	Dirección Técnica de Farmacia de la GRS
EAP	Equipo de Atención Primaria
EFQM	European Foundation for Quality Management
EIR	Enfermera/o Interna/o Residente
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EREN	Ente Regional de la Energía, empresa pública de Castilla y León.
FGE	Ficha de seguimiento de gasto real
FIBROAS	Asociación de Fibromialgia de Soria
GACELA	Programa informático de gestión de cuidados de enfermería en hospitales de Castilla y León
GAE	Gerencia de Atención Especializada
GAP	Gerencia de Atención Primaria
GAS	Gerencia de Asistencia Sanitaria
GASSO	Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.
GIS	Gerencia Integrada de Soria, antiguo nombre de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria
GLP	gas licuado del petróleo
GRS	Gerencia Regional de Salud.
GSA	Gerencia de Salud de Area
HCUVA	Hospital Clínico Universitario de Valladolid
HSB	Hospital Santa Bárbara
HURH	Hospital Universitario Río Hortega

SIGLA	DESCRIPCION
HVM	Hospital Virgen del Mirón
I.T.	Incapacidad temporal (de un trabajador)
ICICOR	Instituto de Ciencias del Corazón del Hospital Clínico Universitario de Valladolid
IEMA	Índice de estancia media ajustada
IES	Instituto de Enseñanza Secundaria
IESCYL	Fundación del Instituto de Estudios de Ciencias de la Salud de Castilla y León.
INCOAS	Índice de cobertura de ausencias
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRPF	Impuesto sobre la renta de las personas físicas
ISO (Norma)	Normas internacionales de calidad
IVA	Impuesto sobre el valor añadido
JIMENA	Programa informático de historia clínica en Atención Especializada
Kwh.	Kilovatio hora, unidad de medida de la energía
L.D.	Libre disposición (día libre a elegir por un trabajador)
LED	Diodo emisor de luz. Procede del inglés light-emitting diode
LEQ	Lista de espera quirúrgica
MAPFRE	Mutualidad de Seguros de la Agrupación de Propietarios de Fincas Rústicas de España
MEDORA	Programa informático de historia clínica en Atención Primaria.
MIR	Medico/a Interno/a residente
MUFACE	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
PAG	Plan Anual de Gestión
PEF	Plan Económico Financiero
PERSIGO	Programa informática de nómina y gestión de personal en Castilla y León
PERYCLES	Plan Estratégico de Eficiencia y de Control y Reducción de las Listas de Espera de Castilla y León
PIB	Producto Interior Bruto
RR.HH.	Recursos humanos
SACYL	Sanidad de Castilla y León
SATSE	Sindicato de Enfermería.
SEDISA	Sociedad Española de Directivos de la Salud
SEFID	Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor
SEMERGEN	Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
SEMES	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.
SICCAL	Sistema de Información Contable de Castilla y León
SMS	Servicio de mensajes cortos. Procede del inglés Short Message Service
SPRL	Servicio de Prevención de Riesgos laborales
TAC	Tomografía axial computerizada
TCAE	Técnico de cuidados de auxiliares de enfermería.
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UGT-FSP	Unión general de Trabajadores. Federación de Servicios Públicos
USAE	Unión sindical de auxiliares de enfermería
USO	Unión Sindical Obrera
UVA	Universidad de Valladolid
VHC	Virus de la hepatitis C
ZBS	Zona básica de salud

13. Agradecimientos

- Se agradece la colaboración de todos aquellos que han aportado algún tipo de información para la elaboración de esta Memoria (Contabilidad, Suministros, Personal, Facturación, IDIGIS, Mantenimiento, Formación, Unidad de Prevención).
- A todo el Equipo Directivo de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, con mención a dos personas, por su especial contribución al enfoque de este documento:
 - ✓ Jon Gastelu-Iturri Bilbao (†). Director de Procesos.
 - ✓ José María Sierra Manzano. Subdirector de Calidad y Seguridad del Paciente.
- A M^a Jesús Sotillos Rubio y M^a José López Calvo por sus valiosas aportaciones a este documento.
- A las excelentes profesionales y siempre colaboradoras en cualquier proyecto de mejora:
 - ✓ María del Carmen Gil García.
 - ✓ Esther Jiménez Gómez.



FINALIZA LA TERCERA FASE DEL PROYECTO PACIENTE ACTIVO EN DIABETES TIPO 2

El pasado 22 de noviembre concluyó, con la entrega de diplomas, la tercera fase del proyecto paciente activo en diabetes tipo 2. En esta fase las sesiones formativas han sido impartidas por personas con diabetes, previamente instruidas por las enfermeras responsables del proyecto (Noelia Chicote Aytagas, Paloma Hernández García, Ana Cristina Hernández Sáez y María Victoria Álvarez Cámara), en conceptos relativos a la enfermedad y habilidades de comunicación. Estos pacientes expertos han sido por tanto los docentes encargados de impartir los contenidos a otros pacientes, aprovechando su experiencia para motivar y transmitir conocimientos prácticos a otros pacientes, con el apoyo de las citadas enfermeras actuando en esta fase como observadoras.

Durante el curso, los asistentes reciben formación e información sobre estilos de vida saludables y conceptos de cómo vivir mejor con su diabetes, emitidos por personas, que como ellos, también conviven con la enfermedad, pero de una manera activa, autónoma, y con importante calidad de vida. Personas que van a utilizar su mismo lenguaje para comunicarse con ellos, que saben qué significa vivir con esa enfermedad, pero de una

forma más positiva y autosuficiente y que, además, saben comprender lo que les ocurre... "Yo te comprendo, tú me comprendes"

Al finalizar estas sesiones los participantes están en condiciones de identificar su rol en el cuidado de la salud, ser proactivos en el manejo de la enfermedad, compartir experiencias y proponerse objetivos de salud asumibles, identificar pautas para resolver problemas cotidianos de salud, manejar las emociones y los síntomas de la enfermedad, seguir una alimentación saludable, adecuar el ejercicio físico y corresponsabilizarse en el seguimiento de la medicación y de los consejos médicos.

El proyecto ha supuesto un acercamiento y refuerzo de la alianza con la asociación de diabéticos. Por su parte, la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud ha valorado positivamente la labor de este grupo de trabajo, su metodología de implantación y difusión del proyecto, solicitando su colaboración en la presentación de los resultados y en la extensión del proyecto a otras patologías.



La coordinación, redacción y maquetación ha corrido a cargo de José Luis Vicente Cano.
Director de Gestión de la GAS de Soria