

3. Otras disposiciones

CÁMARA DE CUENTAS DE ANDALUCÍA

RESOLUCIÓN de 9 de febrero de 2016, por la que se ordena la publicación del Informe de fiscalización del Plan Andaluz de Atención al Ictus (2011-2014) y Seguimiento de Recomendaciones del Informe de fiscalización Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama (2009).

En virtud de las facultades que me vienen atribuidas por el artículo 21 de la Ley 1/1988, de 17 de marzo, de la Cámara de Cuentas de Andalucía, y del acuerdo adoptado por el Pleno de esta Institución, en la sesión celebrada el 1 de diciembre de 2015,

R E S U E L V O

De conformidad con el art. 12 de la citada Ley 1/1988, ordenar la publicación del Informe de fiscalización del Plan Andaluz de Atención al Ictus (2011-2014) y Seguimiento de Recomendaciones del Informe de fiscalización Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama (2009).

Sevilla, 9 de febrero de 2016.- El Presidente, Antonio M. López Hernández.

FISCALIZACIÓN DEL PLAN ANDALUZ DE ATENCIÓN AL ICTUS (2011-2014) Y SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES DEL INFORME DE FISCALIZACIÓN PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CÁNCER DE MAMA (2009)

El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía, en su sesión celebrada el día 1 de diciembre de 2015, con la asistencia de todos sus miembros, ha acordado aprobar por unanimidad el Informe de fiscalización del Plan Andaluz de Atención al Ictus (2011-2014) y Seguimiento de Recomendaciones del Informe de fiscalización Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama (2009).

Í N D I C E

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y ALCANCE
3. ASPECTOS DE CARÁCTER GENERAL RELACIONADOS CON LA MATERIA OBJETO DE FISCALIZACIÓN
4. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN
 - 4.1. Análisis de la Eficacia: consecución de los objetivos previstos en el Proceso Asistencial Integrado ACV y en el Plan Andaluz de Atención al Ictus
 - 4.1.1. Evaluación funcional del PAI e implantación del Plan de Atención al Ictus
 - 4.1.2. Evaluación del continuo asistencial atención primaria/atención especializada
 - 4.1.3. Análisis de los indicadores establecidos para la evaluación del PAI y el Plan Andaluz de Atención al Ictus
 - 4.1.4. Evaluación de los indicadores establecidos en el Contrato Programa con los centros sanitarios del SSPA
 - 4.1.5. Evaluación de los indicadores establecidos en el Contrato Programa con la Agencia EPES
 - 4.2. Análisis de la eficiencia y economía en la ejecución del PAI y el Plan Andaluz de Atención al Ictus
 - 4.3. Análisis de la accesibilidad, equidad y calidad de la asistencia al ictus en el SSPA
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
 - 5.1. Conclusiones sobre la eficacia en la consecución de los objetivos previstos en el PAI y en el Plan Andaluz de Atención al Ictus
 - 5.2. Conclusiones relacionadas con la eficiencia y economía
 - 5.3. Conclusiones relacionadas con la accesibilidad, equidad y calidad de la prestación sanitaria
 - 5.4. Recomendaciones

6. SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES DEL INFORME PROCESO ASISTENCIAL CÁNCER DE MAMA
 - 6.1. Nivel de implementación de las recomendaciones
 - 6.2. Conclusiones sobre el seguimiento de recomendaciones del Informe Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama
7. ANEXOS
8. ALEGACIONES PRESENTADAS Y TRATAMIENTO DE LAS MISMAS EN LOS SUPUESTOS QUE NO HAYAN SIDO ADMITIDAS O SE ADMITAN PARCIALMENTE

ABREVIATURAS Y SIGLAS

ACV	Ataque cerebrovascular
AECC	Asociación Española Contra el Cáncer
AGS	Área de Gestión Sanitaria
AP	Atención Primaria
CAA	Comunidad Autónoma de Andalucía
CCA	Cámara de Cuentas de Andalucía
CIE-9-MC	Clasificación Internacional de Enfermedades
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
COAN-hyd	Contabilidad Analítica-hospitales y distritos
CSPA	Consortio Sanitario Público del Aljarafe
DUE	Diplomado Universitario en Enfermería
EASP	Escuela Andaluza de Salud Pública
ECV	Enfermedad Cerebro-Vascular
GPP	Gestión por Procesos
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISSAI	Normas Internacionales de Entidades Fiscalizadoras Superiores
PAI	Proceso Asistencial Integrado
PDP	Programa de Detección Precoz
PLACA	Plan Andaluz de Ataque Cerebral Agudo
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSCC	Servicios Centrales
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos

1. INTRODUCCIÓN

- 1 El Pleno de la Cámara de Cuentas de Andalucía incluyó en el Plan de Actuaciones para el ejercicio 2014 la realización de un informe denominado Fiscalización del Plan Andaluz de Atención al Ictus (2011-2014) y seguimiento de recomendaciones del Informe de Fiscalización del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama (2009).
- 2 En el ejercicio 2002, el ataque cerebrovascular (ACV) constituía en España la primera causa de mortalidad en las mujeres y la segunda entre los hombres. Por otra parte, era la primera causa de secuelas neurológicas permanentes para ambos sexos y uno de cada cinco casos ocurría en individuos en edad laboral. Constatada esta situación, y dado que el progresivo envejecimiento de la población hacía prever una mayor incidencia de la enfermedad¹, ésta fue priorizada por el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), lo que propició el diseño de su atención como proceso asistencial integrado (PAI).
- 3 La definición funcional del proceso a la fecha de su publicación fue: *“El Proceso Ataque Cerebrovascular (ACV) se define como aquel en el que, tras la detección e identificación inmediata del episodio, se procede al diagnóstico de confirmación, investigación etiológica y tratamiento del mismo, se produce la conexión y coordinación con los centros de Atención Primaria y se aborda la prevención secundaria y la rehabilitación.”*
- 4 Posteriormente, en el ejercicio 2008 se publica el Plan Andaluz de Ataque Cerebral Agudo (PLACA) elaborado a partir del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE)². El objetivo principal del Plan era mejorar la atención a la patología vascular cerebral y paliar, en la medida de lo posible, las graves secuelas que padecen los pacientes que sufren un ACV. En sus actuaciones se incorporó el denominado *“código ictus”*, que puede definirse como el procedimiento de actuación prehospitalario e intrahospitalario basado en el reconocimiento precoz de los síntomas de un accidente cerebrovascular, con la consiguiente priorización de medidas y cuidados, y el traslado urgente a un centro hospitalario capacitado para tratar a aquellos pacientes candidatos a beneficiarse de una terapia de reperfusión altamente dependiente del tiempo.
- 5 En este contexto, el III Plan de Calidad del SSPA (2010-2014) establece como objetivos la elaboración y desarrollo de planes específicos como los instrumentos más adecuados para reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad asociada a los distintos problemas de salud. De esta forma, se ha venido diseñando desde la Consejería de Salud un mapa de planes integrados en los que se enmarcan cada uno de los procesos asistenciales (continuo asistencial) que se han aprobado hasta el momento (anexo 1).
- 6 La atención al ictus, en todas sus fases, requería articular respuestas coordinadas entre todos los sectores y agentes implicados: desde la prevención (Atención Primaria), como en la atención en la fase aguda (Atención Hospitalaria), hasta la fase de recuperación (Rehabilitación y seguimiento).

¹ La incidencia de una enfermedad contabiliza el número de casos nuevos en un periodo determinado.

² Ver informe *“Fiscalización integral de la Empresa de Emergencias Sanitaria de Andalucía (OE 04/2001)”*.

- 7 En el ejercicio 2009 el Ministerio de Sanidad y Política Social publica el documento *“Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud”*, en cuya elaboración participaron las consejerías de salud de todas las comunidades autónomas³.
- 8 Con el fin de integrar todas las estrategias (Proceso Asistencial ACV, PLACA, código ictus) y disponer de un sistema integral de atención al paciente con esta patología, la Consejería de Salud publicó en el ejercicio 2011 el *“Plan Andaluz de Atención al Ictus”*⁴ (2011-2014), inspirado en el documento del Ministerio.
- 9 Uno de los objetivos prioritarios incluidos en el Plan Andaluz es la actualización del PAI ACV y adaptar sus acciones a las nuevas tecnologías y prácticas clínicas. Esta actualización no se ha realizado hasta abril de 2015, fecha en la que se ha publicado el nuevo Proceso Asistencial Integrado Ictus.
- 10 Por otra parte, la Cámara de Cuentas de Andalucía elaboró en el ejercicio 2010 el informe de fiscalización denominado *“Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama”* (OE-02/2010), referido al ejercicio 2009, con el objetivo de opinar sobre la eficacia, eficiencia, economía, accesibilidad y equidad en la ejecución del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama por parte del SSPA.
- 11 Se incorpora al presente informe *“Fiscalización del Plan Andaluz de Atención al Ictus (2011-2014)”*, el seguimiento de las recomendaciones realizadas en el citado OE-02/2010, con el fin de comprobar las medidas implantadas por la Administración Sanitaria para corregir las incidencias que fueron detectadas y manifestadas en el mismo.

2. OBJETIVOS, METODOLOGÍA Y ALCANCE

- 12 La presente actuación fiscalizadora tiene dos partes diferenciadas: por un lado la fiscalización del Proceso Asistencial Integrado ACV y del Plan Andaluz de Atención al Ictus y, por otro lado, el seguimiento de las principales recomendaciones y conclusiones del informe de fiscalización del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama, referido al ejercicio 2009 y aprobado por el Pleno de la Cámara de Cuentas con fecha 23 de febrero de 2011.
- 13 En relación con el PAI ACV y el Plan Andaluz de Atención al Ictus, el objetivo del informe consiste en concluir sobre la eficacia, sobre la eficiencia y economía, y sobre la accesibilidad, equidad y calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía en la implantación, cumplimiento y seguimiento tanto del Proceso Asistencial como del Plan en el que se integra. El alcance temporal del informe está referido al ejercicio 2014.

³ El documento del Ministerio cuenta con el consenso de las sociedades científicas, asociaciones de pacientes y las comunidades autónomas.

⁴ Desde la publicación del proceso en el ejercicio 2002 hasta la aprobación del Plan en 2011, la denominación Ataque Cerebro Vascular (ACV) ha evolucionado en la práctica clínica hasta la denominación generalmente aceptada a nivel internacional ictus, término que en latín significa golpe y con el que se conoce la manifestación aguda de un ACV, dado que su presentación suele ser súbita y violenta.

- 14 La fiscalización es de carácter operativo y horizontal. Se ha realizado la evaluación funcional del Proceso y el cumplimiento del Plan, verificando la operatividad de todas las fases de actuación y el cumplimiento de los objetivos propuestos por la Consejería de Salud a los distintos centros y niveles asistenciales implicados: accesibilidad, coordinación de los profesionales, rapidez de respuesta en diagnóstico y tratamiento, transparencia de información y calidad de la asistencia prestada.
- 15 El trabajo de campo se ha realizado en los siguientes centros:
- Hospital Reina Sofía (Córdoba)
 - Hospital Costa del Sol (Marbella-Málaga)
 - Área de Gestión Sanitaria Norte de Jaén (incluye los distritos de atención sanitaria integrados en el área y los hospitales comarcales de San Agustín en Linares y San Juan de la Cruz en Úbeda)
 - Hospital de San Juan de Dios (Bormujos-Sevilla)
 - Agencia Pública Empresarial de Emergencias Sanitarias (EPES)
- 16 Los hospitales seleccionados prestan sus servicios según distintas modalidades de gestión: el Hospital San Juan de Dios es un hospital de titularidad privada que presta asistencia sanitaria a la población de la comarca sevillana del Aljarafe como ente instrumental del Consorcio Sanitario Público del Aljarafe (CSPA)⁵; el Hospital Reina Sofía y el Área Sanitaria Jaén Norte son centros integrados en el SAS. El Hospital Costa del Sol se configura, junto con el Hospital de Benalmádena, como Agencia Pública Sanitaria adscrita funcionalmente al SAS desde el ejercicio 2013⁶.
- 17 La selección de los centros sanitarios se ha realizado atendiendo también a otros criterios, como son los siguientes:
- Favorecer la representación de todos los niveles de clasificación hospitalaria utilizados por el SSPA⁷: hospital de referencia nivel I (Reina Sofía), hospital nivel II (Costa del Sol); hospitales comarcales niveles III y IV (San Agustín, San Juan de la Cruz y San Juan de Dios).
 - Dispersión geográfica, al objeto de comprobar el cumplimiento de los principios de igualdad y de accesibilidad de todos los usuarios a la atención sanitaria, con independencia de la población donde se presente la necesidad de atención.

⁵ El CSPA es una entidad de derecho público integrada por dos entidades al 50 por ciento: el SAS y la Provincia Bética Nuestra Señora de la Paz de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Está adscrito funcionalmente a la Administración Sanitaria de la Junta de Andalucía y forma parte del SSPA. Ver informe de fiscalización OE 02/2013.

⁶ Decreto 140/2013, de 1 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y del Servicio Andaluz de Salud.

⁷ En el anexo 2 se exponen los todos los hospitales clasificados por los niveles que diferencia el SSPA.

- 18 Para comprobar el continuo asistencial prestado a los pacientes con ictus, se ha realizado un muestreo aleatorio simple sobre todos los episodios incluidos en el CMBD⁸ correspondiente al ejercicio 2014, que presentan una “codificación diagnóstica al alta” relacionada con la problemática del accidente cardiovascular, según la clasificación CIE-9-MC⁹.
- 19 Sobre los episodios seleccionados, se ha analizado la información clínica y administrativa disponible en los centros sanitarios para comprobar las siguientes actuaciones:
1. *Entrada en el proceso:*
 - Usuarios procedentes del operativo de Emergencias (EPES): Comprobación de los protocolos de activación del “Código ictus”.
 - Usuarios procedentes del servicio de Urgencias hospitalarias: Seguimiento de las actuaciones previstas en el protocolo código ictus.
 - Otras entradas posibles: traslados interhospitalarios, servicios de urgencia de atención primaria y dispositivos especiales de urgencias.
 2. *Salida del proceso:* Una vez comprobada la asistencia especializada según se establece en el proceso, se ha verificado, para cada episodio seleccionado, el continuo asistencial respecto de las actuaciones posteriores al alta hospitalaria (consultas externas, rehabilitación, seguimiento en atención primaria).
- 20 El tamaño de la muestra con un nivel de significación del 95%, se ha determinado con un error tolerable del 7,5% y un nivel de riesgo de error del 5%¹⁰. Con estos criterios, el tamaño de la muestra de episodios en cada uno de los centros ha sido el siguiente:

TAMAÑO DE LA MUESTRA

	Hospital Reina Sofía	Hospital Costa del Sol	AGS Jaén Norte	Hospital San Juan de Dios	Total
Población	1.218	464	499	306	2.487
Muestra	89	51	74	33	247

Fuente: Cámara de Cuentas

Cuadro nº 1

- 21 Además de las pruebas realizadas en los centros seleccionados, se ha solicitado a los SSCC del SAS y a todos los hospitales que cuentan con un servicio o unidad clínica de neurología, la cumplimentación de un cuestionario para obtener información sobre el nivel de implantación de las actuaciones clínicas y valorar los indicadores recogidos tanto en el Plan de Atención al Ictus, como en el Proceso Asistencial ACV (Anexo 3).

⁸ El CMBD “Conjunto Mínimo Básico de Datos” es un sistema de información nacional individualizado, centralizado en el Ministerio de Sanidad y Consumo al que cada comunidad autónoma aporta con periodicidad sus datos de actividad. Recoge información personalizada de cada uno de los usuarios del centro sanitario (identificación del paciente y procedencia) y de la asistencia sanitaria que recibe durante su estancia en el hospital (diagnósticos y procedimientos sanitarios realizados para la obtención del diagnóstico clínico), además de datos de carácter administrativo (fecha de ingreso, alta, intervención, etc.). La información se obtiene de la historia clínica de cada paciente.

⁹ Los diagnósticos y procedimientos incluidos en el CMBD se codifican siguiendo la clasificación internacional de enfermedades (CIE-9-MC), publicada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

¹⁰ Se han seguido los criterios establecidos en el Manual de Muestreo aprobado por la Cámara de Cuentas.

- 22 Adicionalmente, se han realizado pruebas de cumplimiento en relación con el cuestionario remitido, en el Hospital Puerta del Mar (Cádiz) y, en relación con el seguimiento de recomendaciones del informe de Cáncer de Mama, en el Distrito de Atención Primaria Sevilla Norte-Aljarafe (Sevilla).
- 23 El análisis de la eficacia se ha llevado a cabo a partir de los indicadores previstos tanto en el Plan de Atención al Ictus, como en el Proceso ACV. Asimismo se ha comprobado el cumplimiento de los objetivos relacionados con estas actuaciones e incluidos en el Contrato Programa que firma el SAS con cada uno de los centros sanitarios y con la Agencia Pública de Emergencias Sanitarias.
- 24 Durante los trabajos de planificación se ha podido comprobar que ni la Consejería de Salud ni el SAS disponen de instrumentos de información analítica que permitan valorar la eficiencia y la economía del PAI objeto de análisis. Ante esta deficiencia, se han realizado aproximaciones al coste de la prestación de la atención sanitaria relacionada con el diagnóstico ictus.
- 25 Ante la falta de indicadores específicos en el Plan y en el PAI para medir los objetivos de accesibilidad, equidad y calidad de la prestación sanitaria, el análisis se ha realizado a partir de la información aportada por el CMBD y las pruebas realizadas en los centros seleccionados.
- 26 La selección de los indicadores se ha realizado atendiendo al principio de *“mínimo número máxima información”*.
- 27 Dada la naturaleza eminentemente técnica de la materia fiscalizada, se ha recurrido al asesoramiento de facultativos especialistas que prestan sus servicios en la atención al Ictus en fase aguda en el SAS, así como de investigadores del grupo Neurovascular del Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS). En cumplimiento de las Normas de Auditoría, toda la información obtenida por esta vía ha sido contrastada por el personal de auditoría en el curso del trabajo de campo.
- 28 En relación con el seguimiento de recomendaciones del informe *“Fiscalización del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama”*, se han mantenido reuniones y se ha remitido un cuestionario a los Servicios Centrales del SAS y a la sede de la Escuela Andaluza de Salud Pública, por ser esta última la entidad responsable de la explotación y mantenimiento del *“Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama”*. Las respuestas obtenidas del cuestionario han sido objeto de comprobación mediante la realización de pruebas de cumplimiento.
- 29 Los trabajos de fiscalización se han desarrollado de acuerdo con los principios fundamentales de la fiscalización operativa contenidos en la ISSAI-ES-300. En consecuencia, se han efectuado todas aquellas pruebas y procedimientos de auditoría necesarios para soportar las conclusiones de este informe. Los trabajos de campo concluyeron el 3 de julio de 2015.
- 30 La comprensión adecuada del presente informe requiere una lectura global del mismo. Cualquier conclusión sobre un párrafo o epígrafe pudiera no tener sentido aisladamente considerada.

3. ASPECTOS DE CARÁCTER GENERAL RELACIONADOS CON LA MATERIA OBJETO DE FISCALIZACIÓN

- 31** El ictus es un trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del cerebro.
- 32** El ACV o ictus representa uno de los motivos más frecuentes de asistencia neurológica urgente y constituye un serio problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud, representa la segunda causa de muerte, superada sólo por las enfermedades cardiacas.
- 33** Además de provocar una elevada mortandad, también constituye la primera causa de discapacidad en países industrializados, tanto por la dependencia funcional que genera como por la pérdida de años de vida laboral. A todo esto se añade una importante demanda de cuidados que han de ser suplidos por la propia familia o bien por instituciones públicas o privadas, lo que conlleva una importante inversión económica. Según los estudios consultados¹¹, el ictus es responsable de hasta el 3-4% del gasto sanitario en España.
- 34** Según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), correspondientes a 2013, en Andalucía la incidencia de esta enfermedad es de 185 casos por cada 100.000 habitantes (220 en España). Su evolución en los últimos años en las provincias andaluzas ha sido la siguiente:

Incidencia Hospitalaria por ECV por 100.000 habitantes											
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL NACIONAL	228	227	223	225	223	223	221	222	219	216	220
ANDALUCÍA	191	191	188	194	196	200	188	188	183	181	185
Almería	194	200	180	177	164	161	162	164	161	169	167
Cádiz	207	227	237	226	223	217	202	203	193	195	196
Córdoba	183	176	195	212	225	235	207	217	219	203	211
Granada	202	217	220	218	228	232	210	210	199	199	203
Huelva	255	222	211	209	181	216	210	226	203	180	198
Jaén	169	185	169	182	199	210	195	194	199	203	193
Málaga	185	170	160	166	172	163	167	165	160	167	168
Sevilla	174	169	166	181	183	195	178	171	173	164	172

Fuente: INE datos 2003-2013. No se incluyen Ataques Isquémicos Transitorios (AIT)

Cuadro nº 2

- 35** La incidencia según grupos de edad en el año 2013 es la siguiente:

¹¹ Serna Candel, C.; Gil García, A.; López Ibor, L. *Estudios de coste-efectividad de los tratamientos intraarteriales en el ictus agudo*. Revista del grupo de estudio de enfermedades cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología: 9 Mayo 2011.

Incidencia Hospitalaria por ECV por grupos de edad (2013)

	Total	0-49 años	50-64 años	65-80 años	>80 años
TOTAL NACIONAL	102.498	7.207	18.046	37.924	39.318
Porcentaje sobre el total de ictus:		7,0%	17,6%	37,0%	38,4%
ANDALUCÍA	15.493	1.191	3.105	6.335	4.862
Porcentaje sobre el total de ictus:		7,7%	20,0%	40,9%	31,4%

Fuente: INE

Cuadro nº 3

- 36 Las enfermedades cerebrovasculares representaron en el ejercicio 2013, tanto en Andalucía como en el conjunto de España, la segunda causa de mortalidad. En Andalucía murieron 67 personas (60 en España) por cada 100.000 habitantes.

MORTALIDAD POR ECV POR CADA 100.000 HABITANTES

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
España	89	80	80	75	74	70	67	65	62	63	60
Andalucía	105	94	97	86	86	79	78	72	69	71	67

Fuente: INE

Cuadro nº 4

- 37 Tal como muestran los datos anteriores, en los últimos años la incidencia de esta enfermedad ha disminuido levemente. Por otro lado, se ha reducido la mortalidad en un porcentaje importante.
- 38 Si se comparan los datos nacionales con los de Andalucía, se observa que, teniendo esta patología una menor incidencia en nuestra comunidad autónoma, la mortalidad es mayor que en el conjunto de España (la tasa ajustada de mortalidad hospitalaria en Andalucía sigue siendo de las más elevadas del país¹²). Estos resultados se muestran en el siguiente gráfico:

¹² Según los datos del INE correspondientes al ejercicio 2010, las comunidades autónomas de Andalucía, Murcia y Extremadura son las que presentan mayores tasas de mortalidad hospitalaria ajustadas, frente a los residentes en Madrid, Canarias y Cataluña.

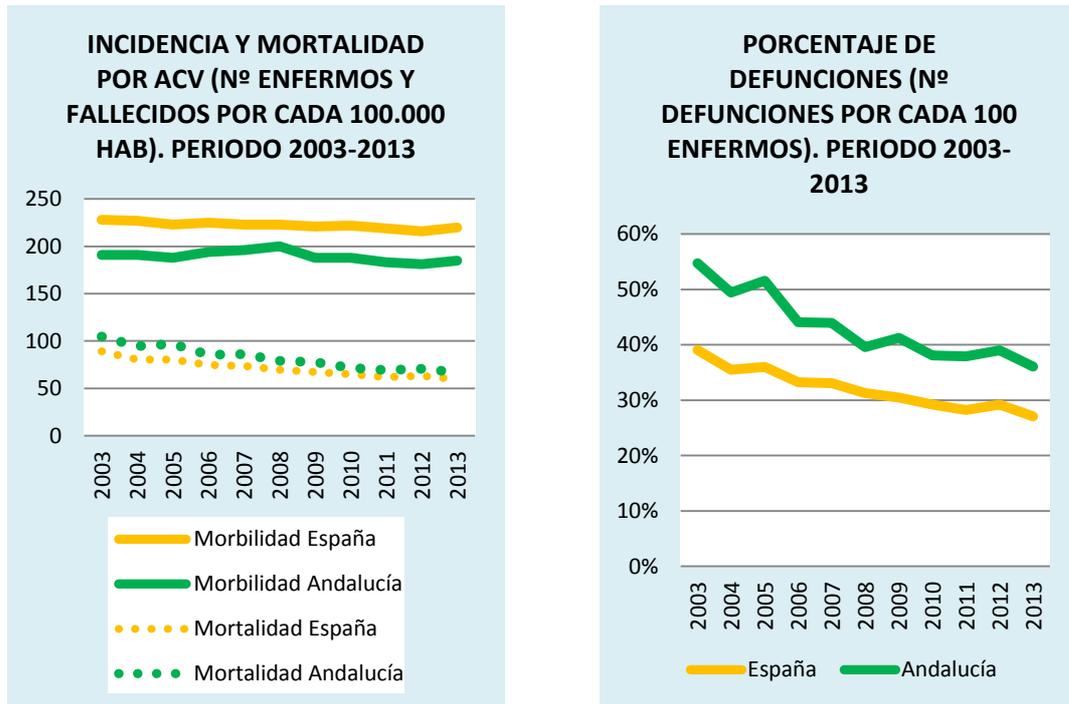


Gráfico nº 1

39 En función de la naturaleza de la lesión encefálica se distinguen dos grandes tipos de ictus: isquémico (80-85% de los casos) y hemorrágico (el resto). El primero es debido a la falta de aporte sanguíneo a una determinada zona del parénquima encefálico, y el segundo, a la rotura de un vaso sanguíneo encefálico con extravasación de sangre fuera del flujo vascular (Gráfico nº 2).

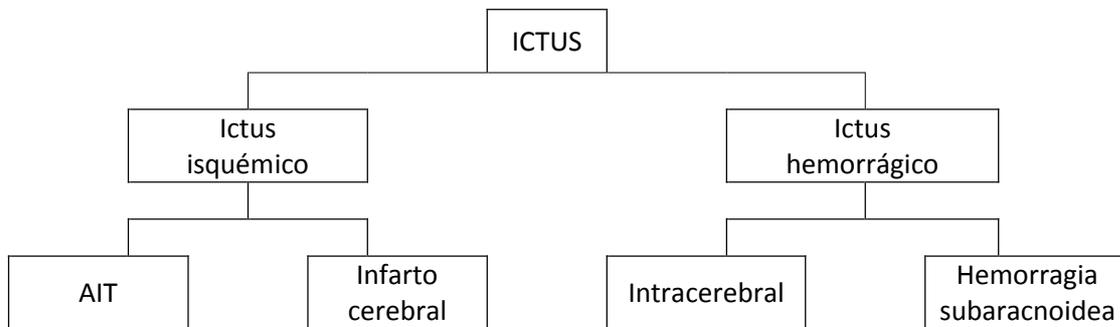


Gráfico nº 2

40 **Ictus isquémico.** Dependiendo de cómo evolucione durante las primeras horas, se pueden distinguir dos grandes tipos de ictus isquémicos:

- Ataque isquémico transitorio (AIT): es un episodio breve de disfunción neurológica, causado por isquemia focal cerebral o retiniana, con síntomas clínicos que típicamente duran menos de una hora, sin evidencia de infarto agudo.
- Infarto cerebral, que puede ser progresivo (se produce empeoramiento) o estable (no hay modificaciones de la sintomatología).

- 41 **Ictus hemorrágico** o hemorragia intracraneal: obedece a la extravasación de sangre fuera del torrente vascular.
- 42 Ambos tipos son patologías tiempo-dependientes, de forma que una actuación terapéutica inmediata disminuye e incluso puede paliar totalmente las secuelas funcionales y neurológicas provocadas por el accidente cerebral.
- 43 El tratamiento clínico para cada tipo de ictus es distinto. La confirmación diagnóstica necesaria para establecer una acción terapéutica de tratamiento del ictus es el TAC de cráneo, lo que exige:
- un nivel de centro sanitario superior,
 - un buen nivel de cribaje en la urgencia hospitalaria
 - una respuesta muy eficiente del servicio de radiodiagnóstico.
- 44 La especialidad clínica que establece el diagnóstico del ictus es la neurología. El médico especialista responsable del ictus es el neurólogo vascular.
- 45 La evidencia de que existe un periodo temporal, conocido como ventana terapéutica, durante el cual todavía es posible revertir o aminorar los efectos de la isquemia cerebral mediante tratamientos de recanalización y neuroprotección, hace indispensable contar con una organización asistencial coordinada que asegure la atención rápida y eficiente del paciente con ictus. Se considera imprescindible que los hospitales que atienden a pacientes con ictus dispongan de vías clínicas eficientes para identificar y valorar de forma rápida a los pacientes potenciales. El objetivo es valorar y decidir el tratamiento dentro de los 60 minutos desde la llegada del usuario al servicio de urgencias. La actuación coordinada y sincronizada de los diversos colectivos sanitarios que participan en la atención a estos pacientes se conoce como cadena asistencial del ictus¹³.
- 46 La fibrinólisis intravenosa (rtPA-iv) se define, en el Plan Andaluz de Atención al Ictus y en el PAI publicado en abril de 2015¹⁴, como el tratamiento adecuado para los pacientes que presentan un ictus isquémico. Este tratamiento consiste en recanalizar precozmente una arteria intra o extracraneal ocluida mediante la lisis del trombo o coágulo que la obstruye, a través de la administración intravenosa de una sustancia denominada activador tisular del plasminógeno recombinante (rtPA). Para poder acceder a la fibrinólisis los pacientes deben cumplir necesariamente una serie de requisitos clínicos que deben ser evaluados en el menor plazo de tiempo posible. Este tratamiento sólo se puede realizar con garantías de efectividad dentro de las primeras 4,5 horas desde el inicio de los síntomas.

¹³ Según información facilitada por los facultativos especialistas consultados durante el trabajo de campo, un retraso en el tratamiento de 20-30 minutos, disminuye la probabilidad de mejoría clínica de los pacientes en un 10-30%.

¹⁴ Esta técnica no se contempla en el PAI vigente desde 2002 a 2015.

- 47 La administración del fármaco fibrinolítico (rtPA-iv) puede realizarse, según se establece en el Plan Andaluz, por un facultativo con la debida formación y experiencia en este tipo de tratamientos, con independencia de su especialidad clínica. Respecto a este punto se observa una divergencia con lo establecido en la Estrategia en Ictus del SNS y en los planes de otras comunidades autónomas, en los que se establece que el tratamiento fibrinolítico debe estar dirigido por un neurólogo experto.
- 48 Las últimas publicaciones científicas¹⁵ consideran que con el tratamiento fibrinolítico (rtPA-iv), además del estrecho margen terapéutico, no siempre se consiguen los resultados esperados. Debido a ello y como una opción terapéutica en pacientes no candidatos a rtPA o en los casos en que ésta ha fracasado, han surgido recientemente diversas técnicas de recanalización por vía intraarterial (endovascular) mediante el empleo de dispositivos cuya finalidad es eliminar el trombo mediante aspiración, disrupción o captura/extracción (esta última denominada trombectomía mecánica). Estas técnicas son realizadas por los neurorradiólogos intervencionistas.
- 49 La mayoría de los ictus hemorrágicos son hemorragias intracerebrales (parenquimatosas) debidas a hipertensión arterial o angiopatía amiloide cerebral y su tratamiento es médico, por lo que se requiere el ingreso de los pacientes en las unidades de ictus. En contadas ocasiones el tratamiento es quirúrgico.
- 50 La rehabilitación es un proceso limitado en el tiempo y orientado por objetivos que pretende prevenir complicaciones, minimizar el déficit y conseguir la máxima autonomía personal y la reintegración familiar y sociolaboral. La rehabilitación ha de ser precoz para optimizar la asistencia, así como coordinada y continua a lo largo de las diferentes fases y ámbitos de atención.

4. RESULTADOS DE LA FISCALIZACIÓN

4.1 Análisis de la Eficacia: consecución de los objetivos previstos en el Proceso Asistencial Integrado ACV y en el Plan Andaluz de Atención al Ictus

- 51 Para la evaluación de la eficacia se han examinado los indicadores incluidos en el PAI ACV (2002), el Plan Andaluz de Atención al Ictus (2011-2014) y los indicadores establecidos en el Contrato Programa suscrito entre el SAS y los distintos centros sanitarios (2014).

¹⁵ Entre otros: [Puñal Riobóo, J.; Atienza Merino, G. *Seguridad y eficacia de la trombectomía mecánica mediante stents retrievers en el tratamiento del ictus isquémico agudo*. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avaliat, Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2014)]; [MR CLEAN Netherlands. *A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke*. N Engl J Med. 2015;372(1):11-20]; [EXTEND-IA *Endovascular Therapy for Ischemic Stroke with Perfusion-Imaging Selection*. N Engl J Med. 2015 Feb 11]; [ESCAPE *Randomized Assessment of Rapid Endovascular Treatment of Ischemic Stroke*. N Engl J Med. 2015 Feb 11]; [REVASCAT N Engl J Med. 2015 Apr 17]

4.1.1 Evaluación funcional del PAI e implantación del Plan de Atención al Ictus

- 52 El PAI ACV se publica en el ejercicio 2002 y no es revisado ni actualizado hasta abril de 2015. Por este motivo, las actuaciones e indicadores en él establecidos quedaron relegadas, primero por el PLACA -en el que se establece la activación del código ictus y se contempla por primera vez el tratamiento fibrinolítico (rtPA-iv), considerado esencial en el tratamiento del ictus isquémico- y después por las actuaciones contenidas en el Plan y, fundamentalmente, por la práctica clínica que se está realizando actualmente en los hospitales de SSPA.
- 53 El nuevo Proceso publicado en abril del ejercicio 2015, antes mencionado, no contempla las actuaciones clínicas relacionadas con los tratamientos intra-arteriales, considerados por los especialistas clínicos como los más eficaces contra las lesiones cerebrales producidas por el ictus (§48). Esta es una de las críticas que realizan al nuevo PAI los profesionales sanitarios consultados durante el trabajo de campo.
- 54 Por otra parte, según se establece en el Plan, la atención hospitalaria a esta patología se estructura en red, configurándose en tres niveles de respuesta en función de la complejidad del paciente en fase aguda: equipos de ictus, unidades de ictus y unidad de referencia. Estos se articulan y complementan para garantizar una atención adecuada que posibilite los objetivos propuestos en cuanto a accesibilidad, mortalidad y disminución de discapacidad y nivel de dependencia.
- 55 Los equipos de ictus deben ubicarse, preferentemente, en hospitales de nivel III y IV; las unidades de ictus en los hospitales de nivel I y II; y, en cuanto a las unidades de referencia, el Plan establece el funcionamiento de, al menos, dos en Andalucía, sin especificar qué hospitales tendrían dicha calificación. En el anexo 4 se indican los requisitos mínimos de cartera de servicio de los que deben disponer los hospitales para ser clasificados como equipo, unidad o unidad de referencia.
- 56 Como se expone en el punto 12 de este informe, el Plan Andaluz se inspira en el documento "*Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud*". En el documento del Ministerio también se diferencian los tres niveles asistenciales en la atención de la fase aguda.
- 57 Se trata de disponer de una red de servicios estructurada en nodos. Los recursos se distribuyen en el territorio clasificados según su complejidad. Los hospitales de referencia, además de disponer de unidad de ictus agudo, garantizan la atención a determinados pacientes en régimen de cuidados intermedios y la ejecución de técnicas complejas. Los centros se distribuyen de forma que se respeten las isócronas (tiempo de traslado de pacientes desde el centro origen al centro de referencia) dentro de la ventana terapéutica. Esta estructura se representa en el gráfico nº 3:

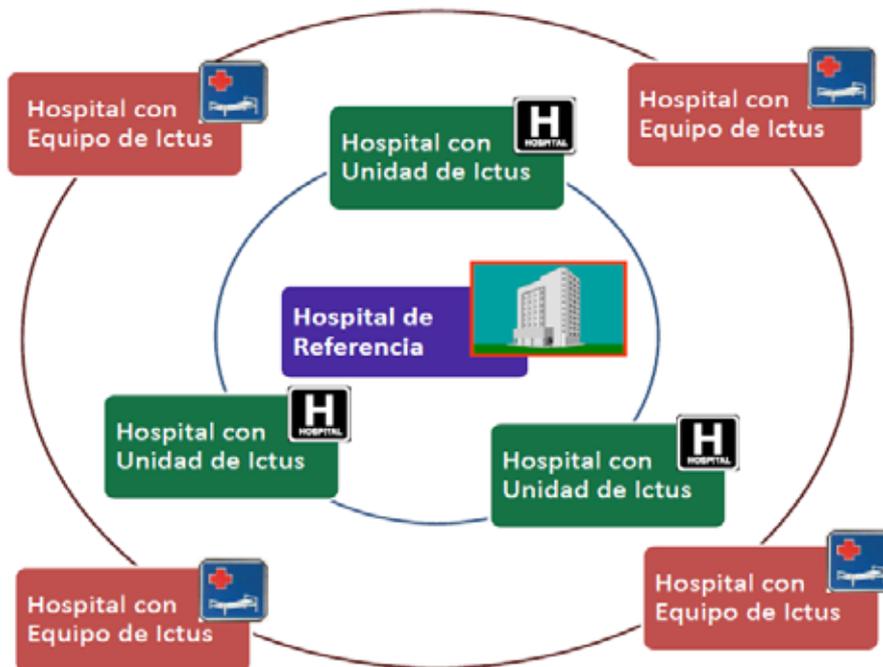


Gráfico nº 3

- 58 Las principales diferencias detectadas en el Plan Andaluz con respecto a los requisitos mínimos exigidos por el documento del SNS son la obligatoriedad para las unidades y los hospitales de referencia de disponer de un “Registro de Ictus” y de una “Unidad de Ictus”, entendida esta última como “Unidad hospitalaria delimitada geográficamente, integrada por un equipo multidisciplinar (neurólogo, enfermería, auxiliares, celador) coordinado, especializado y entrenado en el cuidado de los pacientes con ictus, que cuenta con los medios diagnósticos necesarios y guardias de neurología para poder administrar cualquier tratamiento en fase aguda, de acuerdo con protocolos de actuación y manejo del paciente basado en la mejor evidencia científica disponible”. La Sociedad Española de Neurología recomienda una cama de estas unidades por cada 100.000 habitantes.

Los requisitos básicos para su correcto funcionamiento son:

- Existencia de camas específicas.
- Disponer de un neurólogo coordinador, experto en enfermedades cerebrovasculares.
- Programa de trabajo coordinado con otros especialistas implicados (cirugía vascular, neurorradiología, cardiología, rehabilitación, geriatría).
- Neurólogo de guardia, preferentemente de presencia física.
- Protocolos diagnóstico-terapéuticos.
- Monitorización multiparámetro no invasiva (ecocardiograma y detección de arritmias, oximetría, presión arterial).
- Equipo de enfermería experto en enfermedades cerebrovasculares.
- Protocolos de enfermería.
- Laboratorio de Neurosonología para estudio neurovascular a cargo de la unidad.

- 59 Los responsables de la Dirección General de Atención Sanitaria y Resultados de Salud del SAS informan que actualmente los hospitales no están oficialmente clasificados en equipos, unidades y unidades de referencia¹⁶ y que, debido a las restricciones presupuestarias de los últimos años, no se les ha dotado de los recursos necesarios para la atención al ictus tal como establece el Plan.
- 60 Es decir, a la finalización del periodo de vigencia del Plan (2011 y 2014), no han llegado a implantarse los distintos niveles asistenciales que estaban previstos.
- 61 Según las respuestas al cuestionario realizado por la CCA (§21, Anexo 3), sólo cinco hospitales del SSPA¹⁷ indican que disponen de una unidad física destinada específicamente a la atención del ictus en fase aguda, aunque no disponen de todos los recursos indicados en el documento del Ministerio. Es decir, el SSPA sólo dispone de cinco unidades de ictus de las 16 recomendables por número de habitantes¹⁸.
- 62 En los hospitales que no disponen de unidad de ictus, el tratamiento fibrinolítico se suministra a los pacientes en el servicio de urgencia o en la UCI, donde permanecen entre las primeras 48 y 72 horas. Posteriormente son trasladados al servicio de neurología o al de medicina interna, en los centros que no disponen de neurología en su cartera de servicios¹⁹.
- 63 Según se afirma en distintas publicaciones consultadas durante los trabajos de campo, la evidencia científica demuestra que los beneficios que se obtienen de un ingreso precoz en una unidad de ictus, marcan la diferencia entre la dependencia y la independencia funcional del paciente²⁰.
- 64 Las guías y protocolos clínicos, tanto nacionales como internacionales, consideran imprescindible las unidades de ictus para prestar a estos pacientes la mejor atención en fase aguda. Esta opinión coincide con la manifestada por los profesionales sanitarios consultados: cuando se aplican las tres medidas, unidad de ictus, fibrinólisis y trombectomía (neurointervencionismo), pueden abordarse un 85-90% de los ictus. Con la fibrinólisis solamente se alcanza el 5-10% de los casos.
- 65 ²¹

¹⁶ Las unidades de referencia que la autoridad sanitaria tiene previstas en Andalucía estarán ubicadas en los hospitales Virgen del Rocío (Sevilla) y Virgen de las Nieves (Granada).

¹⁷ Hospitales Virgen del Rocío (Sevilla), Regional Universitario (Málaga), Virgen Macarena (Sevilla), Torrecárdenas (Almería) y Puerta del Mar (Cádiz), este último desde el mes de noviembre de 2014.

¹⁸ La Sociedad Española de Neurología recomienda una cama de Unidad de Ictus por cada 100.000 habitantes. Dado que la población andaluza supera los ocho millones de habitantes y que cada unidad de ictus suele tener cuatro o cinco camas, el número de unidades de ictus en Andalucía debería ser al menos de 16.

¹⁹ Todos los hospitales clasificados en los grupos III y IV, además del Hospital Costa del Sol (§Anexo 2).

²⁰ Alvarez-Sabín, J.; Ribó, M.; Masjuan, J.; Tejada, J.R.; Quintana, M. *Estudio PRACTIC: importancia de una atención neurológica especializada en el manejo intrahospitalario de pacientes con ictus*. Neurología. 2009; 4:285-7.

²¹ Punto eliminado por alegación presentada.

- 66 La teleasistencia es un sistema que permite que los neurólogos del hospital de referencia estén en condiciones de dar soporte y facilitar la toma de decisiones de forma permanente (24h al día, 7 días a la semana) a los médicos de urgencia de otros hospitales que no cuentan con la especialidad de neurología en su cartera de servicio. La teleasistencia es un recurso que permite paliar las desigualdades geográficas, permite la evaluación y tratamiento urgente por un neurólogo especialista, ayuda a la selección de pacientes y evita traslados innecesarios.
- 67 Los hospitales de San Juan de Dios y Riotinto (ambos con el Hospital Virgen del Rocío como centro de referencia) son los únicos del SSPA que disponen de teleasistencia (“Teleictus”), uno de los requisitos mínimos establecidos en el Plan para ser considerados “equipo de ictus”. A pesar de esto, todos los centros sanitarios se consideran, al menos, equipo de ictus.
- 68 Por otra parte, como se expuso en el punto 47, a diferencia de lo establecido en la Estrategia del SNS, en el documento andaluz no se exige que el tratamiento fibrinolítico deba estar dirigido por un neurólogo experto en esta patología.
- 69 Los nuevos tratamientos, como la trombectomía mecánica, administrado por los neurorradiólogos intervencionistas, son considerados por los especialistas vasculares como los más efectivos ante un ictus agudo. Esta especialidad no está reconocida en el catálogo de servicios de asistencia especializada en el SAS²², aunque sí dispone de profesionales que realizan estos tratamientos en determinados hospitales de especialidades del SSPA.²³
- 70 Según los cuestionarios cumplimentados por los centros, de los seis hospitales nivel I, se clasifican como unidad de referencia los hospitales Virgen del Rocío, Virgen Macarena, Virgen de las Nieves y Reina Sofía. No obstante, sólo éste último centro dispone de neurorradiología intervencionista las 24 horas²⁴, siendo este servicio un requisito imprescindible, según establece el Plan, para ser unidad de referencia. En relación con las manifestaciones del SAS expuestas en el punto 59, no es en este hospital donde la autoridad sanitaria tiene prevista la ubicación de una unidad de referencia, aunque actualmente es el único del SSPA que dispone de los recursos necesarios para una atención integral al ictus en su población de referencia.
- 71 Es decir, excepto en el área de referencia del hospital Reina Sofía, el SSPA no ofrece una respuesta eficaz y efectiva a esta patología fuera del horario habitual de mañana ni en festivos ni en fines de semana²⁵.

²² Mediante Resolución de la DGAS 1545/06, de 11 de diciembre, sobre catálogo de servicio/equipos funcionales de asistencia especializada en el SAS, se incorporan en la unidad de Radiodiagnóstico las especialidades de Radiología vascular, Radiología intervencionista y Neurorradiología.

²³ Punto modificado por alegación presentada.

²⁴ Personal disponible por el hospital Reina Sofía para dar servicio de neurorradiología intervencionista de 24 horas: guardia localizada neurorradiólogo intervencionista; continuidad asistencial neurólogo (tardes); guardia localizada neurólogo y de presencia física de residente de neurología; 1 DUE.

²⁵ A este respecto, la Resolución del Defensor del Pueblo de fecha 15 de enero del 2015, al expediente iniciado de oficio por esa Institución ante la denuncia realizada por un ciudadano a los medios de prensa escrita, por falta de medios para realizar a una paciente la técnica terapéutica que necesitaba el fin de semana, estableció la siguiente SUGERENCIA: Que en desarrollo de la cartera de servicios que configuran las unidades de referencia previstas en el Plan Andaluz de Ictus, se valore priorizar la medida que consiste en el incremento de medios personales especializados para la práctica de la arteriografía cerebral en el hospital Virgen del Rocío, de manera que se posibilite la práctica ininterrumpida de la misma, o al menos se amplíe su cobertura durante el fin de semana.

- 72 Por otra parte, los hospitales de nivel II, aunque disponen en su cartera de servicios de la especialidad de neurología (excepto el Hospital Costa del Sol, único de nivel II sin esta especialidad), este servicio no tiene guardias de 24 horas. Ninguno de los hospitales fiscalizados disponen de neurólogos con dedicación exclusiva en patologías vasculares.
- 73 Otro de los objetivos previstos en el Plan era la creación de un Registro de Ictus, el cual no ha sido creado a la fecha de finalización del mismo²⁶.
- 74 En el anexo 5 se indican las deficiencias de los centros sanitarios en relación con los requisitos establecidos en el Plan.

4.1.2 Evaluación del continuo asistencial atención primaria/atención especializada

- 75 En cuanto al objetivo prioritario de la Gestión por Procesos, que exige la interconexión entre los distintos niveles de la atención sanitaria (atención primaria, atención especializada y hospitalaria) para establecer un continuo asistencial con independencia del recurso elegido por el ciudadano, se ha podido comprobar las importantes dificultades y disfunciones que se presentan respecto a la comunicación entre atención primaria y especializada.
- 76 En relación con lo anterior, se debe indicar que no han funcionado regularmente las comisiones (contempladas en el Plan). No obstante, se constituyeron los denominados comités provinciales de coordinación y de seguimiento interniveles. Las últimas reuniones provinciales de estos comités se celebraron en 2012.²⁷
- 77 Se han analizado las actas de las comisiones de seguimiento de la provincia de Jaén. No se tiene constancia de las medidas adoptadas por la autoridad sanitaria respecto a las carencias y deficiencia de medios y recursos para la adecuada atención a los pacientes con ictus agudos manifestados por los profesionales sanitarios y que se recogen en las actas correspondientes al ejercicio 2012.
- 78 La mayoría de los casos de ictus están relacionados con el estilo de vida y con la presencia de determinados factores de riesgo, por lo que serían susceptibles de prevención mediante la adquisición de hábitos de vida saludables y el control de los principales factores de riesgo modificables. Las políticas de prevención establecidas en el Plan son competencia de Atención Primaria.
- 79 Los factores de riesgo básicos relacionados con estos episodios son la hipertensión arterial (HTA) y la edad, pero también afectan el tabaquismo, la diabetes mellitus, el consumo de alcohol y otras drogas, las dislipemias, la obesidad, la presencia de cardiopatías embolígenas (fundamentalmente la fibrilación auricular y las valvulopatías), el género y los hábitos de vida poco saludables (sedentarismo, dieta inadecuada,...).

²⁶ Punto modificado por alegación presentada.

²⁷ Punto modificado por alegación presentada.

- 80 Si bien desde el SAS y la Consejería de Salud se han diseñado procesos (cuadro nº 5) y programas concretos para la prevención de estos factores de riesgo que inciden en la presentación de esta patología, se ha podido comprobar la descoordinación y falta de sistemas de información que permitan una estrategia de actuación conjunta de los niveles de atención sanitaria. (§87)

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO	Primeras Ediciones	Segundas Ediciones
Arritmias	2003	2007
Atención a personas fumadoras	2008	
Atención a pacientes pluripatológicos	2002	2007
Diabetes mellitus	2011	
Riesgo Vascular	2003	2010

Fuente: Consejería de Salud

Cuadro nº 5

- 81 En el ejercicio 2008 se publicaron, como anexos al PLACA, diversos trípticos para la divulgación a la población de información, prevención y actuación en caso de presentación de un ictus.
- 82 A pesar de ello, la incidencia de esta enfermedad continúa siendo muy elevada en nuestra comunidad autónoma (§34) y, dado el progresivo envejecimiento de la población, se estima que su prevalencia también será creciente.
- 83 Como resultado de las pruebas realizadas en los distintos centros hospitalarios se ha podido comprobar que uno de los principales motivos por los que el tratamiento fibrinolítico no puede ser aplicado es que los pacientes acuden al centro hospitalario en una fase avanzada de los síntomas y se encuentran fuera de la ventana terapéutica. Este hecho obedece, en parte, al escaso conocimiento de la población sobre los signos y síntomas de presentación del ictus.
- 84 En los distritos sanitarios visitados durante el trabajo de campo se ha podido comprobar que en los últimos años no se han realizado actividades formativas, ni para los profesionales sanitarios ni para la ciudadanía en general, dirigidas a identificar de forma precoz los síntomas de presentación del ictus.
- 85 Por otra parte, se ha comprobado el adecuado funcionamiento de los protocolos de activación del código ictus en todos los hospitales seleccionados, tanto si el usuario es trasladado por los servicios de emergencia sanitaria procedentes de su domicilio o de atención primaria, como si el código es activado desde los servicios de urgencia hospitalaria cuando el paciente acude por sus propios medios.
- 86 En cuanto a las actuaciones de rehabilitación y reinserción de los pacientes que han sufrido un ictus agudo, no se dispone de protocolos comunes de atención para todos los hospitales del SSPA.
- 87 En las distintas reuniones mantenidas durante el trabajo de campo con los equipos directivos de los distritos de atención primaria seleccionados en el alcance, se han puesto de manifiesto las siguientes incidencias que, a juicio de los profesionales, impiden una adecuada continuidad asistencial:

- ausencia de una historia clínica común que permita conocer y realizar seguimiento desde atención primaria a los diagnósticos y procedimientos realizados en los centros hospitalarios, una vez producida el alta del paciente (§113).
- deficiente comunicación entre los profesionales de atención hospitalaria y atención primaria.

4.1.3 Análisis de los indicadores establecidos para la evaluación del PAI y el Plan Andaluz de Atención al Ictus

88 Aunque en todas las estrategias publicadas desde el ejercicio 2002 por la Consejería de Salud se reconoce la importancia de la celeridad en el diagnóstico y tratamiento del ictus, y se establecen indicadores para medir los umbrales temporales (Cuadro nº 6), se ha podido comprobar que los centros y unidades asistenciales implicados en este proceso no disponen de ningún sistema de información integrado que permita la recogida de datos y su posterior seguimiento y valoración. Precisamente, una de las premisas en la que se basa el modelo de gestión por procesos es disponer de un sistema de información integrado.

INDICADORES UMBRALES TEMPORALES²⁸

Fase del proceso	Tiempo máximo		
	s/ PLACA 2008	S/ Plan 2011-14	s/ PAI 2015
Inicio síntomas-aguja		< 4,5 h	< 4,5 h
Activación código ictus (desde inicio síntomas)	< 4h		< 4,5h
Llamada 061- Puerta	< 45 min		<45-60 min
Puerta-aguja			< 60 min
Puerta-valoración inicial	< 15 min		
Analítica y coagulación	< 10 min		
Puerta-TAC	< 30 min	< 60 min	
Valoración Tto. tras TAC	< 10 min		< 45 min
Síntomas-diagnóstico (para tto endarterectomía)		< 6 h	

Fuente: Elaboración Cámara de Cuentas a partir de los documentos del SSPA

Cuadro nº 6

- 89 La única forma de comprobar que se cumplen los objetivos de tiempo previstos por los protocolos de atención al ictus es la auditoría de historias clínicas. No se ha establecido ningún plan centralizado de auditorías de historias clínicas al objeto de evaluar los indicadores incluidos en el plan.
- 90 De las pruebas realizadas en los hospitales incluidos en el alcance del trabajo, sólo el Hospital San Juan de Dios dispone de un sistema de información específico que permite conocer las cronas de diagnóstico y tratamiento de los pacientes que llegan al centro sanitario con una activación de código ictus.
- 91 Por otro lado, se ha podido comprobar que si el paciente no es apto para el tratamiento fibrinolítico, en todos los hospitales se desactiva el código y el registro de tiempos deja de ser prioritario, a pesar de que la opción del tratamiento endovascular (trombectomía) también es tiempo dependiente. El Plan de Atención al Ictus se basa en el lema “El tiempo es cerebro”.

²⁸ No se incluye el PAI de 2002 dado que el mismo, al no haberse implantado aún el código ictus y no contemplar la fibrinólisis, no establece tiempos para la realización de las distintas fases.

- 92 En los hospitales que no disponen de servicio de neurología, en caso de fallo del tratamiento fibrinolítico, el SSPA no cuenta con un protocolo de derivaciones específico para promover el traslado a un centro más complejo.
- 93 La Agencia de Emergencia Sanitaria (EPES) dispone de los medios de información necesarios que le permite el registro de tiempos desde que se produce la llamada al centro coordinador y la activación del código ictus, hasta la llegada del paciente a un hospital adecuado para el tratamiento del episodio (hospital útil). La activación del código ictus permite que el hospital que recibe al usuario despliegue las acciones necesarias para la confirmación diagnóstica de la forma más eficiente.

ACTIVIDAD EPES RELACIONADA CON EL ICTUS OCT.2013-SEP.2014

Asistencias realizadas por EPES con diagnóstico sospecha ACV	1.365
Activación código ictus	739

Fuente: EPES

Cuadro nº 7

- 94 Según se ha podido comprobar en los distintos centros analizados, no están establecidos formalmente los canales de comunicación desde el hospital a la EPES para comprobar la confirmación diagnóstica en los casos de activación del código ictus. La retroinformación diagnóstica permitiría analizar el nivel de confirmación, la adecuada activación de los protocolos y disponer de información necesaria para ajustar los casos de “falsos positivos” y evitar los “falsos negativos”.
- 95 El Plan define un conjunto de indicadores para valorar el cumplimiento de las acciones que se han determinado en el mismo y establecer una evaluación y seguimiento de los objetivos definidos. Igualmente, se establece un cronograma en el que se indica con qué periodicidad se realiza la evaluación de cada uno de los indicadores.
- 96 Para la evaluación de los indicadores se prevé la creación de una “Comisión Asesora”. Según información facilitada por los responsables la Consejería y el SAS, ni ha sido creada la comisión asesora ni se han evaluado los objetivos previstos en el Plan.

4.1.4 Evaluación de los indicadores establecidos en el Contrato Programa con los centros sanitarios del SSPA

- 97 En el Contrato Programa de 2014 se incluyen 86 objetivos relacionados con los Planes Integrales, cuatro de los cuales corresponden al PAI ictus, tres de ellos aplicables a los hospitales y uno aplicable a los distritos AP.
- 98 Estos objetivos se miden con periodicidad anual y aunque la fecha de corte es el 31/12/2014, al no disponer de datos a esa fecha, los SSCC del SAS evalúan los resultados obtenidos entre 1/07/2013 y el 30/06/2014.
- 99 El **objetivo 49 del Contrato Programa** para los hospitales del SSPA establece: “*el Hospital adecuará los recursos y la cartera de servicios para garantizar una atención continuada e integral al paciente con ictus, según corresponda: equipo de ictus, unidad de ictus y unidad de referencia para ictus complejo*”. Se establece como indicador la “*Organización de la atención al ictus según los criterios establecidos en el Plan Andaluz de Atención al Ictus*”.

- 100 Este objetivo resulta inalcanzable porque, tal como se ha podido comprobar en las pruebas realizadas y los cuestionarios cumplimentados, los hospitales del SSPA no cuentan con los recursos necesarios para ofrecer una atención integral al ictus tal como se establece en el Plan. No obstante, según la evaluación preliminar realizada por el SAS, todos los hospitales cumplen el objetivo.
- 101 El **objetivo 50** establece *“Los hospitales realizarán al menos un 10% de fibrinólisis endovenosa en pacientes con ictus isquémico agudo con resultado adecuado”*.
- 102 Este objetivo se evalúa cuantificando el porcentaje de hemorragias secundarias a la fibrinólisis endovenosa respecto al número total de fibrinólisis realizadas por el centro sanitario.
- 103 Del cálculo del indicador lo que se obtiene es el porcentaje de fibrinólisis que han producido hemorragias. Por tanto, se entiende que el objetivo del Contrato Programa no está adecuadamente definido y debe ser redactado en los siguientes términos: *“Los hospitales realizarán al menos un 90% de fibrinólisis con resultado adecuado”* o *“El porcentaje de hemorragias secundarias en las fibrinólisis realizadas será inferior al 10%”*.
- 104 Para que este objetivo sea evaluado, los SSCC establecen que deben realizarse un mínimo de 10% de fibrinólisis sobre el número de pacientes con ictus isquémicos hospitalizados. No obstante, son evaluados todos los hospitales, independientemente del porcentaje de fibrinólisis (sólo dos hospitales cumplirían el mínimo de fibrinólisis para poder ser evaluados).
- 105 Según la información facilitada por SSCC todos los hospitales, excepto el AGS Norte de Almería, han cumplido este objetivo.
- 106 Durante el ejercicio 2014, un total de 31 hospitales del SSPA han hecho tratamientos fibrinolíticos, aunque diez de ellos realizan menos de cinco tratamientos al año (anexo 6). En estos casos, según la opinión de los profesionales consultados, el porcentaje de complicaciones puede aumentar debido a que los facultativos no disponen de la práctica y experiencia necesaria para administrar este tratamiento que conlleva cierto nivel de riesgo (§47 y§92).
- 107 El **objetivo 51** establece que los pacientes hospitalizados con ictus agudo que son evaluados y tienen un plan de rehabilitación de forma precoz (en un tiempo inferior a 72 horas) debe alcanzar entre el 70 y el 80%. Se estima que el porcentaje de pacientes hospitalizados que precisan rehabilitación es el 50% del total de pacientes hospitalizados por ictus agudo.
- 108 El indicador es: N° pacientes hospitalizados con indicación de rehabilitación que inician el tratamiento en las primeras 72 horas * 100/ N° total de pacientes hospitalizados con indicación de rehabilitación.
- 109 A tres de los cinco centros analizados se les valoró este objetivo de contrato programa con datos erróneos que no fueron advertidos por los SSCC. Durante el trabajo de campo se han solicitado de nuevo la información a los hospitales y se ha podido comprobar que todos alcanzan los porcentajes propuestos.

- 110 Por último, el **objetivo 52**, establecido para los centros de AP, es el siguiente *“Prevención secundaria en pacientes que han tenido un ictus isquémico agudo: tratamiento antitrombótico”*.
- 111 Se establece como indicador: Nº de pacientes que han tenido un ictus que se les prescribe tratamiento antitrombótico * 100 / Nº total de pacientes que han tenido un ictus isquémico. El porcentaje a alcanzar se establece entre el 90% y el 80%.
- 112 De acuerdo con los datos de SSCC, 23 de los 31 distritos AP y AGS no alcanzan el mínimo exigido (80%) y, por tanto, no cumplen el objetivo.
- 113 No obstante, dado que la historia de salud no permite realizar un seguimiento completo de los pacientes, sobre todo tras el alta hospitalaria, los profesionales sanitarios de atención primaria indican que resulta complejo el seguimiento de estos pacientes. (§87)
- 114 En general, los hospitales del SSPA cumplen los objetivos previstos en el Contrato Programa.

4.1.5 Evaluación de los indicadores establecidos en el Contrato Programa con la Agencia EPES

- 115 En el Contrato Programa suscrito entre la Agencia y la Consejería de Salud se establecen dos objetivos relacionado con el ictus, uno respecto a los procesos asistenciales en general y otro específico del ictus.
- 116 El primero de ellos establece: *“EPES continuará implantando y desarrollando en sus centros la gestión por procesos asistenciales, adoptando las formas de organización adecuadas que permitan la transferencia de la gestión clínica a sus profesionales. A lo largo de 2014, tendrá como objetivo la mejora continua en el cumplimiento de los estándares en todos los procesos ya implantados”*. Este objetivo está definido de forma genérica y no se dispone de indicadores cuantificables para la medición de su cumplimiento.
- 117 En cuanto al segundo, se indica que *“la Empresa Pública continuará en todos los servicios provinciales y Centros de Coordinación de urgencias con las medidas necesarias, que permitan detectar precozmente e identificar los casos de ictus que requieren la activación del Código Ictus para la prealerta del hospital de referencia para este proceso. En el 2014 se evaluarán los resultados y se deberá activar dicho código en el 80% de los casos aplicables (nivel adecuado), o en el 90% en su nivel óptimo”*.
- 118 Los objetivos del Contrato Programa se desagregan por la Agencia y se establecen para todos los dispositivos provinciales de emergencia:
- Códigos de prealerta a hospital por ictus superior al 85%. Se calcula dividiendo el total de pacientes con activación de código ictus entre el total de asistencias con diagnóstico ACV. Es decir, se trata de realizar una adecuada discriminación de los usuarios que, inicialmente, cumplen los requisitos del protocolo de activación. Según la información facilitada, se alcanza el estándar en todas las provincias.

Para completar el debido cumplimiento de este objetivo se debería implantar un sistema de confirmación diagnóstica entre la EPES y los hospitales a los que se trasladan a los usuarios de código ictus. Durante el trabajo de campo se ha podido comprobar que no se ha instaurado ningún sistema de confirmación diagnóstica que permita corregir las posibles activaciones innecesarias y, sobretudo, los casos en los que no se prealerta al hospital y posteriormente se confirme el diagnóstico ictus (falsos negativos)(§94).

- Adherencia al estándar de manejo y tratamiento de los pacientes diagnosticados de ACV superior al 90%. En el ejercicio 2014 este objetivo se alcanza en un 95%.

Se ha podido comprobar que la Agencia realiza auditorías de las historias clínicas de los pacientes trasladados por los servicios de emergencia al objeto de comprobar la adherencia a los protocolos y el cumplimiento de los objetivos marcados por la dirección.

4.2 Análisis de la eficiencia y economía en la ejecución del PAI y el Plan Andaluz de Atención al Ictus

- 119** La publicación realizada por la Fundación Española de Enfermedades Neurológicas en el ejercicio 2006, sobre el impacto sociosanitario de las enfermedades neurológicas en España, estimaba que en el año 2030 habría 742.500 pacientes afectados por un ictus y en 2050 serían 1.129.000 enfermos, cifras preocupantes si quedan dependientes hasta el 50% de los mismos. Como se expuso en el punto 33, actualmente el ictus es responsable del 3-4% del gasto sanitario en España.
- 120** En el SSPA no se dispone de información analítica que permita conocer y evaluar el coste de la asistencia al ictus, tampoco se han diseñado indicadores para medir la eficiencia de las actuaciones relacionadas con esta patología²⁹.
- 121** El sistema de contabilidad analítica disponible (COAN hyd) permite calcular, entre otros, el coste medio de la estancia en UCI y el coste de medio de hospitalización por servicios, pero no permite conocer los costes correspondientes a los pacientes hospitalizados según los distintos diagnósticos.
- 122** La falta de modelos analíticos impide conocer la relación coste-eficacia de la implantación de medidas de prevención y tratamiento, así como evaluar el coste asociado a las decisiones clínicas relacionadas con el desarrollo del Plan de Atención al ictus y el Proceso Asistencial Integrado.

²⁹ En el ejercicio 2002, la EASP realizó un estudio para la estimación del coste del proceso asistencial ACV, por paciente y para los cuatro niveles de hospitales del SSPA. Se valoraron las sucesivas actividades diseñadas en el mapa del PAI 2002 utilizando la metodología de costes por actividades "ABC" (Sistema de consumo de recursos basado en las actividades) durante el periodo de hospitalización (se excluyen los costes de estancia en UCI). Este estudio no ha sido actualizado desde el ejercicio de su publicación. La modificación de la estructura de coste de los hospitales y las nuevas actuaciones clínicas no contempladas en el proceso ACV del ejercicio 2002, impiden considerar esta aproximación al coste para establecer indicadores de eficiencia y economía en relación a la atención sanitaria del ictus.

- 123** Tal como se ha puesto de manifiesto en puntos anteriores de este informe (§64), la atención a los pacientes con fase aguda en unidades ictus y los tratamientos fibrinolíticos y endovasculares han demostrado la efectividad en la evolución de estos enfermos, permitiendo disminuir las secuelas de carácter funcional³⁰. La decisión en estos casos pasa por el desarrollo definitivo de la red de infraestructuras que permita el acceso a estos tratamientos a todos los afectados, las 24 horas del día, todos los días del año.
- 124** Según el estudio “*Conoces*”³¹ un paciente atendido en una unidad de ictus cuesta 9.472 € durante su hospitalización (Anexo 7). En los hospitales que no cuentan con unidad de ictus (en Andalucía sólo se dispone de cinco unidades frente a las 16 recomendables (§ 59)), el paciente es ingresado en la UCI después del tratamiento fibrinolítico (entre 48 y 72 horas). Posteriormente el paciente es ingresado en el servicio de neurología o medicina interna, con una estancia media de 10 días en este servicio.
- 125** Para estimar el coste de hospitalización de un paciente con ACV en el SSPA, y a falta de otros datos, se ha utilizado el coste del punto GRD³² para 2013 de la escala del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (4.685,66 €)^{33 34}.
- 126** Para obtenerlo, se han seleccionado las altas del ejercicio 2014 en los hospitales del SSPA correspondientes a los GRD más representativos de los pacientes con ictus, ponderados por su peso relativo (según la escala del Ministerio para 2013) y multiplicado por el coste del punto GRD para 2013. En el cuadro nº 8 se expone el resultado de la estimación realizada³⁵:

³⁰ Ensayo EXTEND-IA: “*El tratamiento endovascular en <4,5h incrementa la mejoría neurológica y el porcentaje de reperfusión. De hecho la reperfusión favorable ha pasado de un 40% a más de un 80%, incrementándose de un 35% a un 60% de independencia funcional.*” [Campbell BC, et al; *Endovascular Therapy for Ischemic Stroke with Perfusion-Imaging Selection*. New England J Med. 2015 Feb 11]

³¹ “*Costes Hospitalarios del Ictus en España. Estudio CONOCES*”, presentado en XXXII Jornadas de Economía de la Salud. Bilbao 15-18 mayo 2012.

³² GRD “*Grupos Relacionados por el Diagnóstico*”: Consiste en un sistema de clasificación de pacientes en el que los episodios asistenciales presentan cierto nivel de homogeneidad clínica y un consumo esperado de recursos similar. Cada clase o grupo de GRD lleva asociado un peso relativo (puntos GRD) como expresión del coste relativo de dicho grupo. Anualmente se publica la explotación de los datos del CMBD (*Estadísticos andaluces de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico*) de todos los hospitales del sistema sanitario público, lo que permite la comparación de los resultados obtenidos.

³³ Dato calculado de la información relativa al año 2013 publicada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad con base en los datos del CMBD estatal de los hospitales del Sistema Nacional de Salud (http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/NORMAGR2013/Norma_SNS_2013_AP27.xls)

³⁴ Punto modificado por alegación presentada.

³⁵ Punto modificado por alegación presentada.

GRD ³⁶	Peso GRD (A)	Nº altas por GRD (B)	COSTE TOTAL (m€) (AxBx4.685,66€)
14. Ictus con infarto.	0,7187	6.189	20.842,0
15. Accidente cerebro vascular no específico y oclusión precerebral sin infarto cerebral.	0,6492	223	678,3
530. Craneotomía con cc mayor	6,8713	239	7.695,0
532. AIT, oclusiones precerebrales, oclusiones y cefaleas con complicación mayor.	0,9823	242	1.113,9
533 .Otros trast. sistema nervioso exc. AIT, convulsiones & cefalea con cc mayor	1,6290	2.434	18.578,6
810. Hemorragia intracraneal.	1,1717	1.705	9.360,8
832. Isquemia cerebral transitoria.	0,4956	1.531	3.555,3
833. Procedimientos vasculares intracraneales con diagnóstico principal de hemorragia.	5,6884	153	4.078,0
879. Craneotomía con implante de dispositivo o sustitución antineoplástica mayor o diagnóstico principal de sistema nervioso central agudo complejo.	4,9290	128	2.956,2
880. Accidente isquémico agudo con utilización de agente trombolítico	1,2521	286	1.677,9
TOTAL		13.130	70.536,0
Coste medio por paciente = 70.536m€/ 13.130 = 5.372€			

Fuente: Elaboración Cámara de Cuentas

Cuadro nº 8

Coste medio de paciente en Unidad ictus (Estudio <i>Conoces</i>)	9.472 €
Coste medio estimado GRD ictus	5.372 €

Fuente: Elaboración Cámara de Cuentas

Cuadro nº 9

- 127** A pesar de suponer en inicio un mayor coste, según la evidencia científica, las unidades de ictus permiten prestar la mejor atención en fase aguda y marcan la diferencia entre la futura dependencia o independencia funcional de estos pacientes a lo largo de toda su vida (§63).³⁷
- 128** En relación con lo anterior, se debe tener en cuenta que el coste medio anual de un paciente con lesión funcional oscila, según el modelo de imputación elegido, entre 7.739 y 18.711 €/año (Anexo 8).
- 129** Por ello, la decisión sobre las inversiones a realizar en el SSPA para ofrecer el mejor tratamiento de esta enfermedad debe contemplar de forma integral los costes sanitarios en fase aguda y los costes sanitarios y sociales (formales e informales) incurridos a lo largo de toda la vida de estos pacientes.
- 130** Por último, se ha realizado la estimación del coste de los recursos necesarios para que un hospital de referencia pueda realizar los tratamientos más complejos durante las 24 horas todos los días del año. Los resultados se exponen en el anexo 9.

³⁶ Se incluyen en el cuadro los GRD más representativos que suponen el 84% del total de altas por ictus en 2014 y que ascendieron a 15.719.

³⁷ Punto modificado por alegación presentada.

4.3 Análisis de la accesibilidad, equidad y calidad de la asistencia al ictus en el SSPA

- 131** La accesibilidad en el contexto de este informe se traduce en el uso adecuado y a tiempo de los servicios sanitarios para alcanzar los mejores resultados de salud. Un sistema sanitario con elevada accesibilidad ofrece a la población diferentes vías de acceso al sistema sanitario y a los servicios de salud; y ha de ofrecer garantías de respuesta en la atención, sin más criterios que el de la necesidad en salud.
- 132** La equidad consiste en prestar los servicios de salud de una forma igualitaria, con independencia del lugar geográfico, del género, nivel de renta, edad o cualquier otra dimensión. Se trata asimismo de atender y promover la salud de toda la población. Implica igual acceso y utilización de la atención disponible para igual necesidad e igual calidad para todos.
- 133** Como se ha puesto de manifiesto en otros puntos de este informe, para una atención eficaz al ictus, el Plan diseña una red de servicios en función de la complejidad del paciente, de forma que permita el acceso equitativo de todos los ciudadanos.
- 134** El SAS no dispone de indicadores específicos que permitan medir la accesibilidad y equidad respecto a la asistencia prestada al ictus en todo el ámbito del SSPA.
- 135** Del análisis realizado durante el trabajo de campo se ha podido comprobar que la falta de implantación y desarrollo de la estructura sanitaria prevista en el Plan, unido a la ausencia de protocolo de derivaciones para la atención a una enfermedad tiempo dependiente, perjudica a los ciudadanos alejados de los grandes núcleos urbanos donde se concentran los hospitales que disponen de más recursos (§139).
- 136** Además de lo señalado en el punto anterior, en los hospitales de menor nivel, en los que no se dispone del servicio de neurología, los facultativos que atienden a estos pacientes no disponen de la formación y experiencia recomendada para garantizar el éxito de los tratamientos aplicados (§106). Tampoco cuentan con el apoyo de neurólogos de otros centros por no haberse implantado los equipos de telemedicina previstos en el Plan de Atención al Ictus.
- 137** En el Anexo 6 se indican los tratamientos fibrinolíticos y las trombectomías realizados en los hospitales del SSPA durante el ejercicio 2014 según datos extraídos del CMBD. Estos datos se han contrastado con algunos de los hospitales y se han detectado diferencias significativas (Anexo 10). En cualquier caso, los tratamientos más complejos se concentran en cinco hospitales (los únicos que disponen de Neurorradiología Intervencionista: H. Reina Sofía, H. Virgen del Rocío y H. Virgen de las Nieves, H. Regional Universitario de Málaga (antiguo Carlos Haya) y H. Puerta del Mar), a la vez que las actuaciones sobre los ictus hemorrágicos sólo se han realizado en seis hospitales (los anteriores más el H. Torrecárdenas).
- 138** El número de tratamientos endovasculares (trombectomía) realizados sobre pacientes que no son aptos para el tratamiento intravenoso, o bien cuando éste resulta fallido, han sido 49 en todo el ejercicio 2014. De éstos, el 67% se han llevado a cabo en el Hospital Reina Sofía, único centro que cuenta con neurorradiología intervencionista las 24 horas.

- 139 Los usuarios más cercanos al centro de referencia tienen más posibilidades de acceder a los tratamientos más complejos en un tiempo adecuado. Como muestra el cuadro nº 10, sólo 13 de las 49 trombectomías se han realizado a pacientes trasladados desde hospitales con menos recursos:

TROMBECTOMÍAS REALIZADAS EN HOSPITALES SSPA EN 2014	
Nº trombectomías	49
Pacientes procedentes de otros centros (traslados a centros con más recursos)	13
Fibrinólisis en origen y trombectomía en destino	2
Traslados para tratamiento en destino (se realizan los dos tratamientos, fibrinólisis y trombectomía) en el hospital destino	11
Fuente: Elaboración Cámara de Cuentas (datos CMBD)	Cuadro nº 10

- 140 Andalucía tiene una población de 8.421.274 habitantes y 87.598 Km² de superficie. La accesibilidad de la población andaluza a los centros hospitalarios, a raíz de la apertura de nuevos hospitales denominados Centros Hospitalarios de Alta Resolución Especializada, se ha traducido en el hecho de que el 98% de la población (90% del territorio andaluz), se localiza a menos de 40 minutos por carretera de un centro hospitalario y el 82% a menos de 20 minutos.
- 141 Los niveles de respuesta hospitalaria previstos en el Plan de Atención al Ictus, en función de la complejidad del paciente, preveían la puesta en marcha de dos hospitales unidades de referencia. Actualmente, debido a la falta de cumplimiento de esta primera fase prevista en el Plan, puede afirmarse la falta de equidad y accesibilidad de toda la población a los centros que pueden ofrecer el tratamiento más adecuado y complejo.
- 142 En el anexo 11 se exponen las isocronas de traslado de pacientes para el caso de contar con dos o con cuatro hospitales de referencia. Esta decisión debe ser adoptada por la Consejería de Salud y el SAS de forma que se garanticen los principios de igualdad y equidad en el acceso a la salud en todo el territorio de la Comunidad Autónoma.
- 143 Ni el PAI ni el Plan han establecido indicadores para la medición de la calidad, desde el punto de vista técnico, de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes afectados por ictus. Por otra parte, tampoco se dispone de indicadores para conocer, de forma específica para esta patología, el grado de satisfacción de los usuarios del sistema sanitario por la asistencia recibida. Las encuestas de satisfacción elaboradas anualmente por el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía (IESA) y el SAS, se refieren a la satisfacción por el ingreso hospitalario, sin referencia alguna a los diagnósticos por los que el paciente ha recibido asistencia.
- 144 Entre los profesionales sanitarios relacionados directamente con la atención al ictus, resulta generalizada la opinión sobre la deficiencia de recursos técnicos y humanos para atender a estos pacientes de forma integral y coordinada, la falta de formación específica en los centros de menor nivel de complejidad y la deficiente comunicación entre la asistencia primaria y la especializada.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 145** El ictus es un trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del cerebro. Representa uno de los motivos más frecuentes de asistencia neurológica urgente y constituye un serio problema de salud pública. (§§31 y 32)

Además de provocar una elevada mortandad, también constituye la primera causa de discapacidad en países industrializados, tanto por la dependencia funcional que genera como por la pérdida de años de vida laboral. Según publicaciones consultadas, el ictus es responsable de hasta el 3-4% del gasto sanitario en España. (§33)

Las enfermedades cerebrovasculares representaron en el ejercicio 2013, tanto en Andalucía como en el conjunto de España, la segunda causa de mortalidad. En Andalucía murieron 67 personas (60 en España) por cada 100.000 habitantes. (§36)

- 146** En el ejercicio 2002 la Consejería de Salud publicó el Proceso Asistencial Integral (PAI) denominado Ataque Cerebrovascular (ACV) y en el ejercicio 2011 se aprobó el Plan Andaluz de Atención al Ictus (2011-2014), para adaptar las actuaciones sanitarias a las nuevas tecnologías y prácticas clínicas. (§§2 y 8)

5.1 Conclusiones sobre la eficacia en la consecución de los objetivos previstos en el PAI y en el Plan Andaluz de Atención al Ictus

- 147** El PAI ACV se publica en el ejercicio 2002 y no es revisado ni actualizado hasta abril del 2015. El nuevo PAI no contempla las actuaciones clínicas relacionadas con los tratamientos intra-arteriales, considerados por los especialistas clínicos como los más eficaces contra las lesiones cerebrales producidas por el ictus. (§§52 y 53)
- 148** Según se establece en el Plan de Atención al Ictus, la atención hospitalaria a esta patología se estructura en red, configurándose en tres niveles de respuesta en función de la complejidad del paciente en fase aguda: equipos de ictus, unidades de ictus y unidad de referencia (máximo nivel de especialización y complejidad). Estos se articulan y complementan para garantizar una atención adecuada que posibilite los objetivos propuestos en cuanto a accesibilidad, mortalidad y disminución de discapacidad y nivel de dependencia. A la finalización del periodo de vigencia del Plan (2014), no han llegado a implantarse en el SSPA los distintos niveles asistenciales que estaban previstos. (§§54 y 60)
- 149** Sólo cinco hospitales del SSPA³⁸ indican que disponen de una unidad física destinada específicamente a la atención al ictus en fase aguda de las 16 recomendables por el número de habitantes. La evidencia científica publicada demuestra que los beneficios que se obtienen de un ingreso precoz en una unidad de ictus, marcan la diferencia entre la dependencia y la independencia funcional del paciente³⁹ (§§61 y 63).

³⁸ Hospitales Virgen del Rocío (Sevilla), Regional Universitario de Málaga (Málaga), Virgen Macarena (Sevilla), Torrecárdenas (Almería) y Puerta del Mar (Cádiz), este último desde el mes de noviembre de 2014.

³⁹ Punto modificado por alegación presentada.

- 150** La teleasistencia es un recurso que permite paliar las desigualdades geográficas, permite la evaluación y tratamiento urgente por un neurólogo especialista, ayuda a la selección de pacientes y evita traslados innecesarios. Sólo los hospitales de San Juan de Dios y Riotinto (ambos con el Hospital Virgen del Rocío como centro de referencia) disponen de teleasistencia (“Teleictus”), uno de los requisitos mínimos establecidos en el Plan para ser considerados “equipo de ictus”. A pesar de esto, en los cuestionarios remitidos a la Cámara de Cuentas todos los centros sanitarios se clasifican, al menos, como equipo ictus. (§§66 y 67)
- 151** A diferencia de lo establecido en la estrategia publicada por el SNS, en el documento andaluz no se exige que el tratamiento fibrinolítico deba estar dirigido por un neurólogo experto en esta patología.
- 152** Los nuevos tratamientos, como la trombectomía mecánica, administrado por los neurorradiólogos intervencionistas, son considerados por los especialistas vasculares como los más efectivos ante un ictus agudo. Esta especialidad no está reconocida en el catálogo de servicios de asistencia especializada en el SAS⁴⁰, aunque sí dispone de profesionales que realizan estos tratamientos en determinados hospitales de especialidades del SSPA. (§69)⁴¹
- 153** Cuatro hospitales nivel I, Virgen del Rocío, Virgen Macarena, Virgen de las Nieves y Reina Sofía se consideran unidad de referencia. No obstante, sólo éste último centro dispone de neurorradiología intervencionista las 24 horas todos los días del año, siendo este servicio un requisito imprescindible, según establece el Plan, para ser unidad de referencia. Durante el trabajo de fiscalización los responsables del Plan han manifestado que, en principio, en la estrategia del SAS no está previsto que el Hospital Reina Sofía (Córdoba) se configure como unidad de referencia.⁴²(§70)
- 154** El hecho de disponer de neurorradiología intervencionista las 24h sólo en el área de referencia del Hospital Reina Sofía, supone que el SSPA no ofrece una respuesta eficaz y efectiva a esta patología fuera del horario habitual de mañana ni en festivos y fines de semana. (§71)
- 155** A la finalización de la vigencia del Plan no ha sido creado el Registro de Ictus previsto en el mismo⁴³. (§73)
- 156** Si bien desde el SAS y la Consejería de Salud se establecen programas concretos para la prevención de factores de riesgo de la población que inciden en la presentación de esta patología, la descoordinación y falta de sistemas de información adecuados no permite una estrategia de actuación conjunta de los distintos niveles de atención sanitaria. No han funcionado regularmente las comisiones (previstas en el Plan) y tampoco los comités

⁴⁰ Mediante Resolución de la DGAS 1545/06, de 11 de diciembre, sobre catálogo de servicio/equipos funcionales de asistencia especializada en el SAS, se incorporan en la unidad de Radiodiagnóstico las especialidades de Radiología vascular, Radiología intervencionista y Neurorradiología.

⁴¹ Punto modificado por alegación presentada.

⁴² Punto modificado por alegación presentada.

⁴³ Punto modificado por alegación presentada.

provinciales de coordinación y seguimiento interniveles que, aunque no se contemplan en ese documento, fueron constituidos por los profesionales en algunas provincias. Las últimas reuniones de estos comités provinciales se celebraron en 2012⁴⁴. (§§ 76 y 80)

- 157 Los protocolos de activación del código ictus funcionan adecuadamente en todos los hospitales seleccionados, tanto si el usuario es trasladado por los servicios de emergencia sanitaria procedentes del domicilio o de atención primaria, como si el código es activado desde los servicios de urgencia hospitalaria cuando el paciente acude por sus propios medios. (§85)
- 158 En cuanto a las actuaciones de rehabilitación y reinserción de los pacientes que han sufrido un ictus agudo, no se dispone de protocolos comunes de atención para todos los hospitales del SSPA. (§86)
- 159 No hay continuidad asistencial debido a la deficiente comunicación entre los profesionales de atención hospitalaria y atención primaria. Además, el no disponer de una historia clínica común que permita conocer y realizar el seguimiento desde atención primaria a los diagnósticos y procedimientos realizados en los centros hospitalarios, una vez producida el alta del paciente, supone una dificultad añadida. (§§87 y 113)
- 160 Si el paciente no es apto para el tratamiento fibrinolítico, en todos los hospitales se desactiva el código y el registro de tiempos deja de ser prioritario, a pesar de que la opción del tratamiento endovascular (trombectomía) también es tiempo dependiente. (§91). Sin embargo, esto no significa que haya una actitud pasiva por parte de los profesionales, que continúan prestando asistencia al paciente⁴⁵.
- 161 En los hospitales que no disponen de servicio de neurología, el SSPA no cuenta con un protocolo de derivaciones específico para promover el traslado a un centro más complejo en caso de fallo del tratamiento fibrinolítico. (§92)
- 162 La única forma de conocer que se cumplen los objetivos de tiempo previstos en los protocolos de atención al ictus es la auditoría de historias clínicas. No se ha establecido ningún plan centralizado de auditorías de historias clínicas al objeto de evaluar los indicadores incluidos en el Plan. Sólo la Agencia de Emergencias Sanitarias dispone de los sistemas de información que le permite medir los tiempos de cada activación de código ictus. (§§89 y 93)
- 163 Para la evaluación de los indicadores incluidos en el Plan se contemplaba la creación de una "Comisión Asesora". Según información facilitada por los responsables de la Consejería y del SAS, ni ha sido creada ni se han evaluado los objetivos previstos en el Plan. (§96)
- 164 Los datos facilitados por los centros sobre el cumplimiento de los objetivos del Contrato Programa no se comprueban ni auditan por parte de los SSCC. Además, se han detectado errores de interpretación y cálculo en los datos enviados por los centros que no habían sido advertidos en la evaluación del Contrato Programa. No obstante, en general, los hospitales del SSPA cumplen con los objetivos previstos (§§97 a 119)

⁴⁴ Punto modificado por alegación presentada.

⁴⁵ Punto modificado por alegación presentada.

- 165 La EPES ha cumplido en el ejercicio 2014 los objetivos fijados en relación al Proceso Ictus. (§118)

5.2 Conclusiones relacionadas con la eficiencia y economía

- 166 Actualmente en Andalucía no se dispone de análisis del coste/eficiencia de las inversiones necesarias y que permitan:
- Evaluar el desarrollo y puesta en funcionamiento de la red estructural definida en el Plan: equipos, unidades y unidades de referencia.
 - Evaluar la dotación de recursos a los hospitales, según el nivel de complejidad y cartera de servicios, para garantizar el adecuado tratamiento de estos pacientes en todo el territorio de la Comunidad Autónoma de forma ininterrumpida, garantizando el continuo asistencial y los criterios de accesibilidad y equidad. (§§120 y122)
- 167 Aunque los costes directos imputables al tratamiento en unidades de ictus (9.472 €) pueden ser superiores al coste de hospitalización actual (5.372 €), las decisiones sobre el modelo de atención sanitaria que adopte el SSPA deben contemplar, junto a los costes sanitarios en fase aguda, los costes sanitarios y sociales (formales e informales) incurridos a lo largo de toda la vida de estos pacientes⁴⁶. (§§126 a 129)

5.3 Conclusiones relacionadas con la accesibilidad, equidad y calidad de la prestación sanitaria

- 168 La falta de implantación y desarrollo de la estructura en red formada por equipos, unidades y unidades de referencia y la ausencia de un protocolo de derivaciones, para la atención a una enfermedad tiempo dependiente, perjudica a los ciudadanos alejados de los grandes núcleos urbanos donde se dispone de hospitales con más recursos. Así, los tratamientos más complejos se concentran en dos hospitales (Reina Sofía y Virgen del Rocío), a la vez que las actuaciones sobre los ictus hemorrágicos sólo se han realizado en seis hospitales del SSPA. (§135 y 137)
- 169 Además, en los hospitales de menor nivel, que carecen de servicio de neurología, los facultativos no disponen de la formación y experiencia recomendada para garantizar el éxito de los tratamientos aplicados y, al no haberse implantado los equipos de telemedicina previstos en el Plan de Atención al Ictus, no cuentan con el apoyo de neurólogos de otros centros. (§136)
- 170 No se han establecido indicadores específicos para la medición de la calidad, desde el punto de vista técnico, de la asistencia sanitaria prestada a los pacientes afectados por ictus. Entre los profesionales sanitarios resulta generalizada la opinión sobre la falta de recursos técnicos y humanos para atender a estos pacientes de forma integral y coordinada, la falta de formación específica en los centros de menor nivel de complejidad y la deficiente comunicación entre la asistencia primaria y la especializada. (§143)

⁴⁶ Punto modificado por alegación presentada.

5.4 Recomendaciones

- 171** Para garantizar a todos los usuarios el acceso a una atención asistencial completa y de calidad y disminuir la mortalidad y el nivel de dependencia del paciente tras el ictus, desde la Consejería de Salud se debe impulsar la puesta en marcha de la red asistencial configurada en el Plan Andaluz de Atención al Ictus, el cual establece tres niveles de respuesta en función de la complejidad del paciente: equipos de ictus, unidades de ictus y unidades de referencia.
- 172** Para una adecuada toma de decisiones sobre las inversiones a realizar en el SSPA (dotar a los centros de los recursos necesarios según su clasificación y cartera de servicios para ofrecer la mejor atención posible al ictus) debe llevarse a cabo un análisis de eficiencia a largo plazo⁴⁷.
- 173** Al objeto de permitir el continuo asistencial en todos los niveles de la atención sanitaria es necesario favorecer la comunicación entre los profesionales de atención hospitalaria y atención primaria y posibilitar el acceso a una historia clínica única.
- 174** En cuanto al PAI publicado en 2015, deberían reducirse sus límites marginales y dar cabida en el mismo al ictus hemorrágico, al ictus en la infancia y, sobre todo, a las técnicas de recanalización endovascular que se vienen realizando en algunos centros del SSPA y cuya aplicación para el tratamiento de determinados ictus ha sido avalado recientemente por la evidencia científica.
- 175** Por último, se recomienda la inclusión de objetivos motivadores, medibles y alcanzables tanto en el Plan como en el PAI y en el Contrato Programa. Resulta especialmente importante para las patologías tiempo dependientes, como el ictus, la implantación de aplicaciones que permitan el registro de los tiempos.

6. SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES DEL INFORME PROCESO ASISTENCIAL CÁNCER DE MAMA

- 176** Se ha evaluado el nivel de implementación de las recomendaciones incluidas en el informe de fiscalización OE-02/2010 referido al ejercicio 2009.
- 177** El objetivo del informe consistió en concluir sobre la eficacia, eficiencia, economía, accesibilidad y equidad en la ejecución del Proceso Integral Cáncer de Mama por parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía durante el ejercicio 2009.
- 178** **El Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama (PAICM)** se define como *las acciones sanitarias a realizar en pacientes que presentan signos y/o síntomas clínicos o hallazgos en pruebas diagnósticas con técnica de imágenes sospechosas de malignidad, procedente de cualquier nivel de asistencia: asistencia primaria (AP), atención especializada (AE), hospitalización, consultas externas, urgencias o programa de detección precoz.*

⁴⁷ Punto modificado por alegación presentada.

- 179 Para la consecución del objetivo planteado se han mantenido reuniones y se ha remitido un cuestionario a los Servicios Centrales del SAS y a la sede de la Escuela Andaluza de Salud Pública, por ser esta última la entidad responsable de la explotación y mantenimiento del "Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama". Las respuestas obtenidas del cuestionario han sido objeto de comprobación mediante la realización de pruebas de cumplimiento.

6.1 Nivel de implementación de las recomendaciones

- 180 En los puntos siguientes se exponen las incidencias detectadas en el informe de fiscalización y las recomendaciones propuestas tanto al Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama, como al Proceso Asistencial Integrado.

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ (PDP)

- 181 *En el marco de un acuerdo de colaboración, iniciado en el ejercicio 1995 y suscrito en un nuevo plazo el 31 de diciembre de 2008 hasta el 31 de diciembre de 2010, la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y el SAS realizan de forma conjunta el desarrollo del PDP en el ámbito de la CAA, con unidades de exploración fijas y móviles.*

Dadas las características del acuerdo firmado, se debe indicar que el negocio jurídico que se suscribe tiene naturaleza de contrato de servicios y no de convenio o acuerdo de colaboración, y que en el caso de haberse promovido la libre concurrencia, podrían haber sido realizados por cualquier otro proveedor de servicios radiológicos

La colaboración con la AECC finalizó el 31 de diciembre de 2010. La actividad desarrollada por la AECC en unidades fijas, fue asumida por la estructura del SAS. En el ejercicio 2010 se publicó un concurso de contratación mixta para el servicio de mantenimiento integral de las unidades móviles de exploración mamográfica adscritas al PDP del Cáncer de Mama, arrendamiento con opción de compra de mamógrafos digitales y estaciones de trabajo y servicio de realización de las exploraciones mamográficas adscritas a las unidades móviles. La adjudicación se resolvió en abril de 2011. Durante este periodo la actividad que la unidad móvil realizaba en poblaciones cercanas a hospitales comarcales fueron asumidas por el adjudicatario. El resto de municipios se reprogramaron ajustándose a la periodicidad de las exploraciones mamográficas que está establecida en 24 meses, con un margen permitido de más menos 6 meses.

- 182 *El indicador "tasa de participación global" calcula el porcentaje de mujeres que han sido exploradas, al menos una vez, con independencia del número de citaciones. No se fija como objetivo un porcentaje de participación mínimo.*

Aunque están previstos indicadores de detalle sobre la tasa de participación (exploraciones iniciales, sucesivas regulares, sucesivas irregulares), no se están explotando los datos disponibles.

En la tercera edición del PAI cáncer de mama este indicador ha sido excluido, por lo que no se fija ningún porcentaje de participación mínimo.

- 183** *No se dispone de informes de valoración del indicador sobre el porcentaje mínimo de mujeres derivadas al hospital para completar un estudio (entre el 10 y el 12% de las mujeres exploradas).*

Continúa sin disponerse de informes que valoren el grado de cumplimiento de este indicador. Sólo se realizan actuaciones puntuales ante altos porcentajes de desviaciones.

- 184** *Durante el trabajo de campo en los distritos sanitarios se ha podido comprobar que la información proporcionada sobre pacientes derivadas al hospital es incompleta e irregular. Todo ello, a pesar de que el programa tiene establecido plazos límites para la devolución activa desde el hospital de la información del proceso diagnóstico y/o terapéutico de las mujeres derivadas: 15 días para todas las pruebas diagnósticas, 15 días desde la biopsia y en caso de cánceres, 15 días desde la finalización del tratamiento oncológico.*

Las razones por las que los circuitos de información no presentan la agilidad necesaria son las siguientes:

- *No se realiza un seguimiento de las fichas no informadas o con datos incompletos.*
- *No se realizan valoraciones, por parte de los responsables de la dirección del programa, sobre los resultados alcanzados según los indicadores de tasas de detección, por lo que la función de los SSCC se limita a la agregación de los datos remitidos sin ninguna actuación de dirección y control.*

Estas debilidades de la información no permiten evaluar con la validez necesaria la eficiencia del sistema y la calidad de las lecturas.

Se ha podido confirmar que las debilidades detectadas en el informe de fiscalización correspondiente al ejercicio 2009 no han sido corregidas.

- 185** *Como consecuencia de las deficiencias relativas a la información sobre la tasa de detección, la histología y el tamaño de los hallazgos, los datos aportados por el Servicio de Coordinación de Desarrollos Integrales de Salud del SAS no reúnen los requisitos de integridad necesarios para medir y valorar de forma adecuada el cumplimiento del objetivo fijado.*

Actualmente se siguen detectando deficiencias de información aunque los responsables sanitarios indican que se están implementando las medidas tendentes a su corrección.

- 186** *La dirección del programa define otros objetivos de gestión que debido a la falta de información no han podido comprobarse:*

- *No se deja constancia documental de la evaluación periódica de los circuitos y los resultados del programa con la participación de los profesionales implicados.*
- *No se han realizado encuestas para conocer la opinión de las mujeres participantes en el PDPCM respecto a su funcionamiento y grado de satisfacción.*

A pesar de estar definida entre los objetivos de gestión, los responsables del programa no consideran necesaria una encuesta de satisfacción específica del mismo entre los profesionales implicados y las mujeres participantes.

187 *El sistema de garantía de la calidad del programa propone que se disponga de circuitos ágiles que permitan tiempos de respuesta adecuados en las principales etapas del programa:*

- *Tiempo para la lectura mamográfica: 15 días desde la realización.*
- *Tiempo de comunicación de resultados: menor o igual a 30 días desde la realización.*
- *Tiempo para la valoración adicional: entre 15 y 30 días según clasificación de los hallazgos radiológicos.*
- *Tiempo para el inicio del tratamiento: 30 días desde la confirmación diagnóstica.*

Los Servicios Centrales del SAS no disponen de información para poder verificar el cumplimiento de los tiempos de garantía en su conjunto. No obstante, en todos los centros seleccionados se ha comprobado el cumplimiento generalizado de los plazos establecidos y se ha garantizado una respuesta ágil de los servicios sanitarios.

En los SSCC sigue sin disponerse de sistemas de información que permitan medir estos tiempos.

188 *Resulta necesario integrar la información en una base de datos única de forma que permita la evaluación, supervisión y control de los datos, así como la obtención de indicadores de resultados y eficacia del programa.*

Actualmente la aplicación mantiene las bases de datos independientes, pero para facilitar la evaluación global del programa, anualmente la EASP agrupa toda la información en una base única.

Se trata de una Plataforma Web en la que se pueden obtener indicadores a nivel de unidad, de provincia y autonómico, todo desglosado por rangos de edad y por revisiones iniciales, sucesivas regulares y sucesivas irregulares.

189 *No se realizan por parte de los SSCC del SAS auditorías internas sobre los datos suministrados por los distritos sanitarios y los hospitales.*

Los SSCC siguen sin realizar auditorías al objeto de verificar los datos aportados por los distritos sanitarios y los hospitales.

190 *No se han realizado ni estimaciones ni cálculos económicos sobre el coste de la ejecución del PDP en el sistema sanitario público de Andalucía (implantación, desarrollo y funcionamiento), por lo que se desconoce su afectación al presupuesto e impide obtener indicadores de eficiencia y economía, así como analizar el coste-efectividad de la incorporación de las medidas de prevención y de tratamiento y conocer el coste asociado a las decisiones clínicas.*

Continúa sin realizarse ninguna estimación ni cálculo económico sobre el coste de la ejecución del PDP

PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO CÁNCER DE MAMA (PAICM)

- 191** *La información sobre los tumores detectados y los tratamientos realizados no se ajustan a un procedimiento específico. En ninguno de los hospitales que han sido objeto de análisis está previsto un circuito normalizado que revierta la información a los niveles superiores (dirección o coordinación del PAICM en el ámbito sanitario público de Andalucía. para una adecuada toma de decisiones.*

No se ha subsanado la deficiencia detectada.

- 192** *En los casos de pacientes que proceden del PDP, la documentación/información que vuelve al programa es escasa y desigual según los hospitales, por lo que los datos sobre la tasa de detección y la histología de los tumores detectados a partir del programa resultan incompletos.*

No se ha subsanado la deficiencia detectada.

- 193** *El PAICM establece una serie de indicadores de calidad para evaluar el cumplimiento de los procedimientos y sus plazos.*

Estos indicadores no se calculan globalmente por lo que no se dispone de una evaluación del funcionamiento del proceso en el conjunto del SSPA.

La deficiencia detectada no ha sido corregida.

- 194** *Actualmente no se dispone de estudios empíricos que permitan concluir sobre el objetivo de disminución de la mortalidad en un 30%*

Los responsables del proceso confirman que siguen sin disponerse de estudios empíricos.

- 195** *Al igual que en el PDP, no se ha realizado ninguna estimación ni cálculo del coste del proceso asistencial en el sistema sanitario público de Andalucía. Aunque están previstos modelos para el cálculo de los costes de los PAI (estudios realizados y publicados por la Escuela Andaluza de Salud Pública), ni los Servicios Centrales del SAS, ni la Consejería de Salud dispone de información analítica sobre el PAICM que permita conocer el peso económico de estos procesos en el presupuesto sanitario.*

Dada la falta de información económica y analítica, no resulta posible calcular indicadores de economía y eficiencia del PAICM.

Se recomienda el impulso de la Consejería de Salud para la puesta en marcha de modelos de cálculos analíticos que permitan evaluar e identificar el peso económico de los modelos de gestión integral de salud en el presupuesto del SSPA, así como evaluar la correcta utilización de los recursos disponibles.

Continúa sin realizarse ninguna estimación ni cálculo económico sobre el coste de la ejecución del PAICM.

6.2 Conclusiones sobre el seguimiento de recomendaciones del Informe Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama

- 196** El Servicio Andaluz de Salud no ha implantado las recomendaciones propuestas por la Cámara de Cuentas, por lo que el PAI Cáncer de Mama sigue adoleciendo de las mismas deficiencias que se pusieron de manifiesto en el informe elaborado en el ejercicio 2010.

7. ANEXOS

ANEXO 1

PLANES INTEGRALES Y PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS

1. PLAN INTEGRAL DE CARDIOPATÍAS DE ANDALUCÍA
 - PAI Angina estable.
 - PAI Dolor torácico genérico.
 - PAI IAM con elevación de ST.
 - PAI Síndrome coronario agudo sin elevación de ST: Angina inestable e infarto sin elevación de ST.
 - PAI Síndrome aórtico agudo.
 - PAI Tromboembolismo pulmonar.
2. PLAN DE ONCOLOGÍA DE ANDALUCÍA
 - PAI Cáncer colorrectal
 - PAI Cáncer de cabeza y cuello
 - PAI Disfonía
 - PAI Cáncer de cérvix
 - PAI Cáncer de mama
 - PAI Cáncer de piel
 - PAI Cáncer de pulmón
 - PAI Hipertrofia benigna de próstata (Cáncer de próstata)
3. PLAN ANDALUZ DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES RARAS
Grupo Procesos Atención Temprana
 - PAI Seguimiento del recién nacido de riesgo
 - PAI Trastornos del desarrollo con discapacidad intelectual
 - PAI Trastornos del desarrollo con discapacidad motora
 - PAI Trastornos del espectro autista
 - PAI Trastornos sensoriales
4. PLAN ANDALUZ DE SALUD MENTAL
 - PAI Ansiedad, Depresión y Somatizaciones
 - PAI Trastorno mental grave
 - PAI Trastorno de la Conducta alimentaria
5. PLAN ANDALUZ DE ATENCIÓN AL ICTUS
 - PAI Ictus
6. PLAN ANDALUZ DE ATENCIÓN INTEGRADA A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS
 - PAI Atención a Pacientes Pluripatológicos
7. PLAN ANDALUZ DE CUIDADOS PALIATIVOS
 - PAI Cuidados Paliativos
8. PLAN ANDALUZ DE DIABETES
 - PAI Diabetes Mellitus
9. PLAN ANDALUZ DEL DOLOR
 - PAI Dolor crónico no oncológico
 - PAI Fibromialgia
 - PAI Artrosis de rodilla y cadera
10. PLAN ANDALUZ DEL TABAQUISMO
 - PAI a personas fumadoras
11. PLAN ANDALUZ DE ACCIDENTABILIDAD
 - PAI Atención al Trauma Grave
 - PAI Fractura de cadera

Fuente: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

ANEXO 2

HOSPITALES SSPA POR NIVELES

Nivel I	
Reina Sofía	Córdoba
Virgen de las Nieves	Granada
Ciudad de Jaén	Jaén
Regional Universitario de Málaga	Málaga
Virgen del Rocío	Sevilla
Virgen Macarena	Sevilla
Nivel II	
Torrecárdenas	Almería
Puerta del Mar	Cádiz
Puerto Real	Puerto Real (Cádiz)
Jerez de la Frontera	Jerez de la Frontera (Cádiz)
Campo de Gibraltar	Algeciras-La Linea (Cádiz)
San Cecilio	Granada
C.H. Huelva	Huelva
Virgen de la Victoria	Málaga
Costa del Sol	Marbella (Málaga)
Virgen de Valme	Sevilla
Nivel III	
Poniente	El Ejido (Almería)
Infanta Margarita	Cabra (Córdoba)
San Juan de la Cruz	Úbeda (Jaén)
San Agustín	Linares (Jaén)
Nivel IV	
Norte de Almería	Huércal-Overa (Almería)
Norte de Córdoba	Pozoblanco (Córdoba)
Montilla	Montilla (Córdoba)
Baza	Baza (Granada)
Sur de Granada	Motril (Granada)
Norte de Huelva	Minas de Riotinto (Huelva)
Alto Guadalquivir	Andújar (Jaén)
Norte de Málaga	Antequera (Málaga)
Serranía de Málaga	Ronda (Málaga)
Este de Málaga	Vélez-Málaga (Málaga)
Osuna	Osuna (Sevilla)
San Juan de Dios	Bormujos (Sevilla)
Nivel V H.A.R.	
El Toyo	Almería
Puente Genil	Puente Genil (Córdoba)
Valle de Guadiato	Peñarroya-Pueblonuevo (Córdoba)
Guadix	Guadix (Granada)
Loja	Loja (Granada)
Sierra de Segura	Puente de Génave (Jaén)
Alcaudete	Alcaudete (Jaén)
Alcalá la Real	Alcalá la Real (Jaén)
Benalmádena	Benalmádena (Málaga)
Utrera	Utrera
Écija	Écija (Sevilla)
Sierra Norte	Constantina (Sevilla)
Morón	Morón de la Frontera (Sevilla)

Fuente: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

ANEXO 3

CUESTIONARIOS

INDICADORES PLAN ICTUS					SI	NO	N/C
¿Tiene implantado el servicio de telemedicina para la atención a los pacientes con ictus?					1	14	0
¿Se realizan actividades y programas de formación relacionadas con el ictus? Identificar.					10	5	0
Nº de publicaciones, ponencias y comunicaciones a congresos relacionadas con el ictus. Identificar por año.					7	8	0
Nº de proyectos de investigación financiados con fondos públicos y privados. Identificar.					4	11	0
Demora media (horas) en la primera valoración por el médico de rehabilitación tras el ictus							
S/D	5	<24H	3	24-48H	4	>48H	3
% de mortalidad de los pacientes que han sufrido un ictus a los 6 meses del episodio.							
S/D	8	9%	1	14-16%	6		

INDICADORES DEL PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO ACV					SI	NO	N/C
INDICADORES GENERALES							
¿Existe un Equipo Coordinador de Ictus integrado por todos los dispositivos implicados en la atención al paciente con ACV, que coordine todas las actuaciones, valide las guías de actuación y haga el seguimiento de las mismas?					9	6	0
¿Existe un Coordinador local correspondiente al área sanitaria como responsable del proceso ACV? Indicar especialidad del facultativo coordinador.					13	2	0
¿El equipo de facultativos encargados de la atención al paciente durante todo el proceso ACV es siempre el mismo?					8	7	0
¿Existen hojas informativas sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y modelos de consentimiento informado, si procede?					15	0	0
¿Se evalúa el grado y calidad de cumplimentación de la documentación clínica?					10	5	0
¿Existe un sistema de información adecuado que cuantifique todas las actividades relacionadas con el proceso ACV?					5	10	0
¿Se realizan memorias de actividades docentes y de investigación?					7	8	0
INDICADORES DE URGENCIAS							
Nº pacientes con ACV que son evaluados en las 4,5 primeras horas desde el comienzo de los síntomas					Respuestas no evaluables		6
Cuantificación de pacientes con ACV en los que se ha activado el Código Ictus							6
Cuantificación de fallos en la identificación del ACV (falsos negativos y falsos positivos) por el dispositivo de atención urgente.							11
¿Existe un protocolo específico para el manejo del paciente con ACV?					14	1	
¿Existe un Plan de información estructurado para pacientes y familiares sobre lo que ha ocurrido y sus posibles causas?					6	8	1
Grado de satisfacción de los pacientes y de los familiares (encuestas genéricas).					Respuestas no evaluables		9
Grado de satisfacción de los pacientes con Ictus y de sus familiares (encuestas específicas)					0	0	15
Proporción de TC de cráneo realizadas en las primeras 4,5 horas.							
S/D	4	100%	8	80-99%	3		
Cuantificación del tiempo medio hasta completar el estudio básico del ACV (protocolo de actuación) en el área de Urgencias del Hospital.							
S/D	5	<30min	2	30-60min	4	>60min	4
Porcentaje de pacientes que permanecen en la sala general de Urgencias más de 4 horas.							
S/D	5	0-2%	3	20-50%	4	>50%	3
Porcentaje de pacientes que permanecen en la sala intermedia de Urgencias más de 8 horas.							
S/D	9	0%	2	5-14%	2	>99%	2
Porcentaje de pacientes con ictus que permanecen ingresados en observación durante un tiempo superior a 24 horas.							
S/D	6	<5%	4	5-20%	4	>20%	1
Porcentaje de pacientes a los que se monitoriza el déficit neurológico (escala canadiense) en Urgencias							
S/D	5	0%	3	6%	1	>80%	6
Mortalidad del ACV en las primeras 24 horas.							
S/D	7	<5%		8			

INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN								SI	NO	N/C
¿Existe una Unidad de Ictus para la hospitalización del paciente con ACV?								4	11	
¿Existe un protocolo específico para el manejo de los pacientes ingresados con ACV?								14	1	
¿Existe una hoja de valoración inicial de Enfermería?								14	1	
¿Existen programas de educación sanitaria dirigidos a los pacientes con ACV durante la hospitalización?								6	9	
¿Existe un Plan de información estructurado que permita conocer lo ocurrido y sus posibles causas al paciente y a sus familiares?								3	12	
Grado de satisfacción de los pacientes con Ictus y de sus familiares (encuestas específicas)										15
Porcentaje de pacientes en los que se inicia la rehabilitación, cuando esté indicada, en las primeras 48 horas.										
S/D	3	<50%	1	50-79%	3	80-99%	3	100%	5	
Tiempo medio desde el ingreso hasta el inicio de las medidas de rehabilitación.										
S/D	4	<24H	3	24-48H	4	48-72H	2	>72H	2	
Porcentaje de pacientes a los que se monitoriza el déficit neurológico (escala canadiense).										
S/D	4	0%	6	100%	5					
Porcentaje de pacientes con ACV que desarrollan complicaciones.										
S/D	8	<10%	5	40-50%	2					
Porcentaje de pacientes con ACV isquémico a los que se realiza un estudio doppler cervical.										
S/D	2	5%	1	24-32%	2	67%	1	>90%	9	
Porcentaje de pacientes a los que se realiza una TC de cráneo de control (si está indicado).										
S/D	3	44%	1	83-85%	2	100%	9			
Porcentaje de pacientes con sospecha de ACV cardioembólico a los que se realiza estudio ecocardiográfico.										
S/D	2	40-60%	4	100%	9					
Porcentaje de pacientes que inician tratamiento antiagregante en las primeras 48 horas.										
S/D	4	80-99%	2	100%	9					
Porcentaje de pacientes con fibrilación auricular a los que se indica la anticoagulación durante el ingreso.										
S/D	6	80-85%	2	100%	7					
Porcentaje de pacientes a los que, estando indicado, se les realiza endarterectomía o angioplastia carotídea en los 6 meses siguientes al ACV.										
S/D	5	95%	1	100%	9					
Estancia media ajustada (según estándares) del paciente con ACV (días).										
S/D	3	<1,1d	3	5-7,5d	2	7,5-10d	5	10-15d	2	
Mortalidad (%) del ACV en las primeras 24 horas.										
S/D	6	0-1%	3	1-2%	3	3-4%	3			
Mortalidad (%) durante el ingreso hospitalario.										
S/D	3	0-10%	6	10-20%	6					
Porcentaje de pacientes a los que se ha estimado la incapacidad neurológica tras el ACV (escala de Rankin modificada e índice de Barthel).										
S/D	4	0%	1	20%	1	80-99%	3	100%	6	
Porcentaje de pacientes que inician o continúan medidas terapéuticas sobre los factores de riesgo vascular en el momento del alta de hospitalización.										
S/D	3	98%	1	100%	11					
Porcentaje de pacientes que reciben información básica sobre educación sanitaria y continuación de cuidados tras el ACV.										
S/D	5	75-80%	3	100%	7					
Grado de cumplimiento de la guía de actuación del ACV en hospitalización.										
S/D	10	85%	1	100%	4					
Cuantificación de informes de asistencia y resoluciones de problemas específicos por parte del Trabajador Social (relación entre pacientes valorados y pacientes a los que se ha realizado algún tipo de intervención social).										
S/D	12	60%	1	80%	1	100%	1			
Grado de satisfacción de los pacientes y de los familiares (encuestas genéricas).										
S/D	11						>85%	4		
INDICADORES DE CONSULTAS EXTERNAS										
No se incluyen estos indicadores porque el nivel de respuesta de los hospitales ha sido de un 33%.										

Nota: Los hospitales Virgen del Rocío y Virgen Macarena han sido considerados como un único centro.

Fuente: Elaboración CCA

ANEXO 4

REQUISITOS SEGÚN NIVEL DE LOS HOSPITALES

	NIVEL HOSPITAL		
	EQUIPO	UNIDAD	UD.REFERENCIA
ATENCIÓN HOSPITALARIA	III y IV	I y II	al menos 2
UNIDADES O SERVICIOS			
Cuidados Críticos y Urgencias	x	x	x
Medicina Interna	x	x	x
Radiología	x	x	x
Rehabilitación	x	x	x
Laboratorio y Análisis Clínico	x	x	x
Profesionales de enfermería con competencia	x	x	x
Trabajador social	x	x	x
Neurología o Neurociencias		x	x
Radiología diagnóstica			x
Radiología (neurorradiología) intervencionista			x
Neurocirugía			x
Cirugía vascular			x
REQUISITOS MINIMOS			
Equipo multidisciplinar coordinado competente	x	x	x
UCI 24 horas	x	x	x
TC 24 horas	x	x	x
Servicio de Urgencia 24 h	x	x	x
Laboratorio de Urgencia 24 h	x	x	x
Transporte sanitario a hosp.alta tecnol.	x	x	x
Teleasistencia	x	x	x
Neurólogo 24 h		x	x
Teleasistencia 24 h		x	x
Radiología (neurorradiología) intervencionista 24h/365días			x
Neurocirugía 24h/365días			x
Cirugía vascular disponible			x
CARTERA DE SERVICIOS			
Activación código ICTUS	x	x	x
- Valoración clínica del paciente	x	x	x
- Analítica sanguínea	x	x	x
- TC craneal	x	x	x
- Valorac. e inicio tratamiento	x	x	x
*Tto. Fibrinolítico con rTPA-i.v.	x	x	x
*Tto. Antitrombótico	x	x	x
*Otros	x	x	x
Identificación y tratamiento de las complicaciones más frecuentes	x	x	x
Cuidados de enfermería según necesidades	x	x	x
Valoración grado de discapacidad e inicio rehabilitación precoz	x	x	x
Coordinación y Apoyo a Equipos Ictus mediante telemedicina		x	x
Ateromatosis carotídea: endarterectomía, angioplastia carotídea			x
Oclusión aguda arteria carotídea interna extracraneal: tratamiento endovascular			x
Aneurismas y malformaciones arteriovenosas intracraneales			x
Vasoespasma intracraneal			x
Reperusión y recanalización intraarterial. Trombolisis mecánica			x
Hemorragias intracerebrales			x
Hipertensión intracraneal			x
Infarto maligno de la cerebral media			x
Cirugía cardiovascular			x

Fuente: Plan Andaluz de Atención al Ictus

ANEXO 5

DEFICIENCIAS DE LOS CENTROS SANITARIOS EN RELACIÓN CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL PLAN

De los cuestionarios cumplimentados por los hospitales en julio de 2014, a requerimiento de los servicios centrales del SAS, se obtiene la siguiente información^{48 49}:

- Cada hospital se ha autclasificado en función de los recursos y cartera de servicios que ofrece. Así:
 - o De los 6 hospitales clasificados como nivel I, 4 de ellos se consideran unidad de referencia (V. Rocío, V. Macarena, V. Nieves y Reina Sofía), uno se considera unidad (Regional Universitario de Málaga), y otro se considera equipo (Jaén).
 - o De los 9 hospitales de nivel II, 1 (Puerta del Mar) se considera unidad de referencia, 3 se consideran unidad (Torrecárdenas, Jerez y Valme) y los 5 restantes se clasifican como equipos.
 - o Todos los hospitales de nivel III y IV se consideran equipos.
- Ningún hospital cumple actualmente con los requisitos mínimos para ser considerado como unidad de referencia:
 - o Solo los hospitales Virgen del Rocío, San Juan de Dios y Riotinto tienen teleasistencia, recurso necesario para todos los niveles establecidos para el tratamiento al ictus (equipo, unidad y unidad de referencia).
 - o Únicamente Reina Sofía dispone de neurorradiología intervencionista las 24h, requisito necesario para ser unidad de referencia.
- Sólo disponen de unidad de ictus, entendida como espacio físico delimitado, los hospitales Virgen del Rocío (Sevilla), Regional Universitario de Málaga (Málaga), Virgen Macarena (Sevilla), Torrecárdenas (Almería) y Puerta del Mar (Cádiz).
- En el Hospital de Jaén, que se considera equipo, pese a tener unidad de Neurociencias y ser de nivel I, la fibrinólisis es llevada a cabo por los médicos intensivistas y no por los neurólogos, como en el resto de hospitales de nivel I.
- Puerta del Mar se considera unidad de referencia, a pesar de que, a la fecha del cuestionario, no prestaban dos de los tratamientos requeridos para ser considerado como tal.
- Los hospitales de Jerez y Valme, aunque se consideran unidad, no disponen de neurólogo (de presencia física o guardia localizada) durante las 24h.
- El Plan establece que en todos los hospitales debe haber trabajador social. No disponen de este profesional los siguientes 5 hospitales: Puerto Real, Poniente, San Juan de la Cruz, Montilla y Alto Guadalquivir. No contestan Valme, Baza y Norte de Huelva.
- Igualmente se establece que en todos los hospitales debe haber personal de enfermería con competencias para tratar esta enfermedad. No disponen de este profesional los siguientes 3 hospitales: Punta Europa, Poniente y San Juan de la Cruz. No contestan Valme y Baza.
- En cuanto al resto de unidades o servicios con los que debe contar todo hospital:
 - o No tienen UGC Medicina Interna: Regional Universitario de Málaga, Jaén, V. Victoria y V. Valme.
 - o No disponen de UGC de Laboratorio y Análisis Clínico, pero sí afirman tener Laboratorio las 24h: Valme y Punta Europa. Baza no contesta.
 - o No cuenta con UGC Rehabilitación el Hospital de Poniente.
- Dependiendo del hospital, la valoración clínica del paciente y la fibrinólisis IV la pueden realizar el neurólogo, el intensivista, el internista o el médico de urgencias. La misma se lleva a cabo en UCI, Urgencias, Observación, Planta Medicina Interna, Planta Neuro o Unidad Especial Ictus.

⁴⁸ En el trámite alegaciones el SAS informa que los hospitales Regional Universitario de Málaga, Jaén, V. Victoria y V. Valme disponen de UGC Medicina Interna.

⁴⁹ En el trámite alegaciones el SAS informa que los hospitales Valme, Punta Europa y Baza disponen de UGC de Laboratorio y Análisis Clínico.

ANEXO 6

ICTUS Y TRATAMIENTOS REALIZADOS EN LOS HOSPITALES SSPA EN 2014

Hospital	Hem	Isq	AIT	TOTAL	% por tipo ictus			Ttos isquémicos		Ttos
				ACV	Hem	Isq	AIT	Fibr IV	Tromb	hem
AH REINA SOFÍA	386	721	111	1.218	32%	59%	9%	61	32	28
AH VIRGEN DEL ROCÍO	457	532	83	1.072	43%	50%	8%	71	11	78
AH VIRGEN MACARENA	173	745	130	1.048	17%	71%	12%	60	-	-
AH VIRGEN DE LAS NIEVES	387	514	70	971	40%	53%	7%	51	-	30
CH HUELVA	154	568	229	951	16%	60%	24%	14	-	-
AH MÁLAGA	313	411	78	802	39%	51%	10%	24	2	46
AH TORRECÁRDENAS	233	438	85	756	31%	58%	11%	24	-	23
AH VIRGEN DE LA VICTORIA	117	524	90	731	16%	72%	12%	19	1	-
CH JAÉN	198	353	148	699	28%	51%	21%	12	-	2
AH DE VALME	82	435	129	646	13%	67%	20%	24	-	-
AH JEREZ DE LA FRONTERA	81	369	102	552	15%	67%	18%	15	-	-
AH PUERTA DEL MAR	240	266	40	546	44%	49%	7%	10	2	27
AH SAN CECILIO	79	310	100	489	16%	63%	20%	4	1	-
AH PUERTO REAL	109	273	100	482	23%	57%	21%	10	-	-
H COSTA DEL SOL DE MARBELLA	62	348	54	464	13%	75%	12%	8	-	-
AGS CAMPO DE GIBRALTAR	83	379	87	549	15%	69%	16%	19	-	-
AH INFANTA MARGARITA	35	200	82	317	11%	63%	26%	5	-	-
AH SAN JUAN DE LA CRUZ	40	253	17	310	13%	82%	5%	3	-	-
AH SAN JUAN DE DIOS	36	211	59	306	12%	69%	19%	5	-	-
AGS NORTE DE ALMERÍA	26	199	60	285	9%	70%	21%	2	-	-
H PONIENTE-	21	214	40	275	8%	78%	15%	10	-	-
AGS OSUNA	47	191	18	256	18%	75%	7%	2	-	-
AH LA AXARQUÍA	63	171	12	246	26%	70%	5%	4	-	-
AGS SUR DE GRANADA	38	167	26	231	16%	72%	11%	6	-	-
AGS NORTE DE MÁLAGA	46	134	11	191	24%	70%	6%	2	-	-
AH SAN AGUSTÍN	37	122	30	189	20%	65%	16%	6	-	-
AGS SERRANÍA DE MÁLAGA	25	137	24	186	13%	74%	13%	7	-	-
H AG DE ANDÚJAR -	13	105	33	151	9%	70%	22%	2	-	-
AH RIOTINTO	22	107	20	149	15%	72%	13%	1	-	-
AH BAZA	12	115	19	146	8%	79%	13%	6	-	-
AGS NORTE DE CÓRDOBA	14	94	17	125	11%	75%	14%	1	-	-
H MONTILLA -	10	83	29	122	8%	68%	24%	0	-	-
HAR GUADIX -	8	48	12	68	12%	71%	18%	-	-	-
HAR MORÓN DE LA FRONTERA-	1	15	18	34	3%	44%	53%	-	-	-
HAR VALLE DEL GUADIATO	-	21	9	30	-	70%	30%	-	-	-
HAR SIERRA DE SEGURA	6	17	3	26	23%	65%	12%	-	-	-
HAR PUENTE GENIL-	3	6	3	12	25%	50%	25%	-	-	-
HAR EL TOYO -	1	2	6	9	11%	22%	67%	-	-	-
HAR ALCAUDETTE	-	3	1	4	-	75%	25%	-	-	-
HAR SIERRA NORTE DE SEVILLA	-	3	1	4	-	75%	25%	-	-	-
HAR UTRERA	-	4	-	4	-	100%	-	-	-	-
HAR ÉCIJA	-	-	1	1	-	-	100%	-	-	-
TOTAL	3.659	9.808	2.187	15.654	23%	63%	14%	488	49	234

Hem: Hemorrágico. **Isq:** Isquémico. **AIT:** Ataque isquémico transitorio. **Fibr:** Fibrinólisis **Tromb:** Trombectomía. **Ttos:** Tratamientos

Fuente: CMBD. Nota: Estos datos se han contrastado con algunos de los hospitales y se han detectado diferencias significativas (Anexo 10)

ANEXO 7

COSTES HOSPITALARIOS DEL ICTUS EN ESPAÑA

Costes unitarios (€, 2011) y consumo de los principales recursos

Recurso	Nº pacientes / nº pacientes total	Coste unitario
Coste cama servicio de neurología (coste por día)	321/321	594,00
Estancia UCI (coste por día)	4/321	1.149,41
Coste unidad de ictus (coste por día)	321/321	891,00
Trombólisis	83/321	953,60
Duplex TSA	248/321	66,86
Electrocardiograma	257/321	20,34
TAC cerebral sin contrastes	297/321	84,85
Bioquímica de urgencias	318/321	8,19
Hemograma	318/321	8,93
Ambulancia medicalizada (transporte código ictus activo)	167/321	920,32

Nota: en el estudio participaron 321 pacientes de 16 Unidades de Ictus

Costes promedio por paciente con ictus durante la hospitalización

Recurso	Coste medio (€)
Tratamiento farmacológico	264,39
Estancia hospitalaria	6.976,26
Estancia en UCI	128,91
Pruebas de laboratorio	164,76
Pruebas de imagen	821,86
Terapias específicas	519,12
Terapias de soporte	105,26
Transporte al alta	12,76
Transporte (código ictus activado)	478,79
TOTAL	9.472,11

Fuente: "Costes Hospitalarios del Ictus en España. Estudio CONOCES", presentado en XXXII Jornadas de Economía de la Salud. Bilbao 15-18 mayo 2012

ANEXO 8

RESUMEN DE ESTUDIOS NACIONALES DE COSTE DE ICTUS

Estudio	Tipo de coste y perspectiva	Coste por paciente anual	Año de estimación
Carod et al.	Perspectiva del sistema nacional de salud. Costes directos	Por grupos de diagnóstico (en el primer año tras el primer ataque de ictus): Infartos totales de la circulación anterior: 3.561€/año Hemorragias intracraneales: 2.885€/año Infartos lacunares: 2.394€/año Infartos parciales de la circulación anterior: 2.332€/año Infartos de la circulación posterior: 1.132€/año	1996
Begiristain et al.	Perspectiva social. Costes directos	Según grado de dependencia del paciente: Leve: 12.808 €/año Moderado: 17.018 €/año Severo: 18.711 €/año	2000
López-Bastida et al.	Perspectiva social. Costes directos, informales e indirectos	Primer año: 13.826 €/año Segundo año: 8.945 €/año Tercer año: 7.739 €/año	2004

Fuente: *Los costes de los cuidados informales asociados a enfermedades neurológicas discapacitantes de alta prevalencia en España (N. Jorgensen et al). Neurología 2008; 23(1):29-39*

ANEXO 9

ESTIMACIÓN DEL COSTE DE LOS RECURSOS NECESARIOS DE UNA UNIDAD DE REFERENCIA (€)

RRHH NECESARIOS PARA UNA UNIDAD DE REFERENCIA	COSTE ANUAL	PERSONAL NECESARIO	COSTE TOTAL
Coste de 1 FEA (retribuc anual de Lunes a Viernes de 8:00 a 15:00)	62.349	4	249.397
Coste de 1 DUE (Retribuciones y Seg.Soc.)	36.009	4/Compartidas	72.018
Coste guardia DUE 365 días	75.666	1	75.666
Coste de 1 Celador	17.900	1	17.900
Coste de una Guardia Localizada de un Neurorradiólogo intervencionista (días laborales de lunes a viernes 17h (de 15:00 a 8:00) y sábados, domingos y festivos las 24h.	61.723	1	61.723
Coste de un Neurólogo de continuidad asistencias, todas las tardes laborales de lunes a viernes (de 15:00 a 20:00)	47.745	1	47.745
Coste de una Guardia localizada de un Neurólogo (días laborales de lunes a viernes 10h y sábados, domingos y festivos las 24h.	47.234	1	47.234
Total Costes de Personal			571.683

Cálculo del coste del Tratamiento de Trombolisis en el Hospital Reina Sofía de Córdoba	Coste unitario €	Nº Tratamientos	Coste total
Coste de los viales de Rt-pA en los casos de trombolisis intravenosas (25) y mixta (26) (un vial de 50 mg y uno de 20 mg).	598	51	30.498
Coste aproximado de los materiales en los casos de trombolisis intra-arterial (37) y mixtas (26).	6.000	63	378.000

Coste estancia media de un paciente con ICTUS⁽¹⁾ en un hospital de Nivel I			
	Nº Días	Coste día	Total Coste Estancia
Estancia en UCI	2 - 3	1.678	4.195
Estancia en Neurología	10	356	3.560
	12 - 13		7.755

(1) No incluye coste de los tratamientos

Fuente: Elaboración CCA con datos aportados por el Hospital Reina Sofía.

ANEXO 10

DIFERENCIAS DETECTADAS EN EL Nº TRATAMIENTOS PARA EL ICTUS REALIZADOS EN LOS HOSPITALES

Hospital	Fibrinolisis IV			Trombectomía			Ttos para ictus hemorrágicos		
	S/CMBD	S/Hospital	Diferencias	S/CMBD	S/Hospital	Diferencias	S/CMBD	S/Hospital	Diferencias
H. Reina Sofía (Córdoba)	61	51	10	32	63	-31	28	s/d	-
H. Virgen del Rocío (Sevilla)	71	s/d	-	11	21	-10	78	s/d	-
H. Virgen de las Nieves (Granada)	51	49	2	0	7	-7	30	69	-39
H. Málaga	24	29	-5	2	s/d	-	46	s/d	-
H. Torrecárdenas (Almería)	24	25	-1	0	s/d	-	23	s/d	-
H. Jaén	12	10	2	0	s/d	-	2	s/d	-
H. Valme (Sevilla)	24	14	10	0	s/d	-	0	s/d	-
H. Jerez de la Frontera	15	17	-2	0	s/d	-	0	s/d	-
H. Puerta del Mar (Cádiz)	10	10	0	2	s/d	-	27	s/d	-
H. Puerto Real	10	2	8	0	s/d	-	0	s/d	-
H. Costa del Sol de Marbella	8	7	1	0	0	0	0	0	0
H. San Juan de la Cruz (Úbeda)	3	3	0	0	0	0	0	0	0
H. San Juan de Dios (Aljarafe)	5	9	-4	0	0	0	0	0	0
H. San Agustín (Linares)	6	6	0	0	0	0	0	0	0

Nota: se incluyen los hospitales de los que se han obtenido datos directamente del centro.
Fuente: CCA con datos aportados por el CMBD y por los hospitales.

ANEXO 11

CRONAS DE TRASLADO DE PACIENTES PARA 2 Ó 4 HOSPITALES UNIDADES DE REFERENCIA

Hospitales	Población referencia	2 UNIDADES REFERENCIA				4 UNIDADES REFERENCIA							
		V. Rocío		V. Nieves		V. Rocío		HG Málaga		Reina Sofía		V.Nieves	
		T	km	T	km	T	km	T	km	T	km	T	km
ALMERÍA	681.479												
H. Torrecárdenas	223.272			1:35	154							1:35	154
H. de Poniente-El Ejido	254.911			1:31	139							1:31	139
H. La Inmaculada (N de Almería)	133.453			2:05	212							2:05	212
HAR El Toyo	69.843			1:40	164							1:40	164
CÁDIZ	1.166.384												
H. Jerez de la Frontera	242.950	1:00	95			1:00	95						
H. Puerta del Mar	208.079	1:15	119			1:15	119						
H. Puerto Real	200.346	1:08	110			1:08	110						
H. La Línea y P.Europa (C.Gibraltar)	258.090	1:58	192					1:30	127				
H. C. Virgen del Camino	92.330	1:13	99			1:13	99						
H. G. C. Sta. María Del Puerto	107.558	1:17	109			1:17	109						
H.C.Virgen de las Montañas	57.031	1:04	83			1:04	83						
CÓRDOBA	782.695												
H. Reina Sofía	461.319	1:28	142							-	-		
H. de Montilla	61.513	1:40	140							0:38	48		
H. Infanta Margarita (Sur Córdoba)	152.482	1:53	165							0:50	79		
H. Valle Pedroches (Nort Córdoba)	53.518	2:21	219							1:07	83		
HAR de Puente Genil	29.929	1:28	131							0:48	69		
HAR Valle del Guadiato	23.934	2:13	202							1:00	83		
GRANADA	928.921												
CH Universitario de Granada	630.656			-	-							-	-
H. de Baza (Norte de Granada)	68.773			1:05	101							1:05	101
H. Santa Ana (Sur de Granada)	131.747			0:50	65							0:50	65
HAR de Guadix	45.032			0:40	52							0:40	52
HAR de Loja	52.713			0:45	53							0:45	53
HUELVA	518.809												
C.H. Univ. de Huelva	449.976	0:58	92			0:58	92						
H. Riotinto (Norte de Huelva)	68.833	1:10	88			1:10	88						
JAÉN	638.935												
C.H. de Jaén	248.535			1:02	93							1:01	93
HAR de Alcalá la Real	28.744			0:50	50							0:51	50
H. Alto Guadalquivir de Andújar	63.333			1:28	136					0:51	81		
H. San Agustín (Norte de Jaén)	129.179			1:21	136					1:15	122		
H. San Juan Cruz (Norte de Jaén)	133.101			1:39	146					1:34	148		
HAR de Alcaudete	10.883			1:11	73					1:16	89		
H. de Alta Sierra de Segura	25.160			2:29	233					2:25	220		
MÁLAGA	1.570.348												
H. Regional U. de Málaga	344.862			1:22	126								
H. Virgen de la Victoria	475.636			1:20	127			-	-				
H. Costa del Sol	359.384			1:48	179			0:42	59				
H. Antequera (Norte de Málaga)	106.447			1:03	92			0:44	58				
H. Axarquía (Este de Málaga)	139.796			1:16	118			0:33	41				
H. Serranía	84.458			2:00	175			1:18	98				
HAR de Benalmádena	59.765			1:27	140			0:21	20				
SEVILLA	1.911.999												
H. Virgen del Rocío	554.998	-	-			-	-						
H. Virgen Macarena	483.297	0:17	6			0:17	6						
H. Virgen de Valme (Sur de Sevilla)	350.120	0:13	5			0:13	5						
H. San Juan de Dios. Consorcio	274.729	0:18	14			0:18	14						
H. La Merced	115.938	1:01	90			1:01	90						
HAR de Écija	54.619	1:03	92			1:03	92						
HAR de Morón de la Frontera	s/d	0:56	65			0:56	65						
HAR de Utrera	58.182	0:29	31			0:29	31						
HAR Sierra Norte	20.116	1:10	93			1:10	93						

Fuente: Elaboración CCA

8. ALEGACIONES PRESENTADAS Y TRATAMIENTO DE LAS MISMAS EN LOS SUPUESTOS QUE NO HAYAN SIDO ADMITIDAS O SE ADMITAN PARCIALMENTE

CUADRO ESTADÍSTICO

ALEGACIONES Nº	ADMITIDAS		NO ADMITIDAS	TOTAL
	Admitida	Parcialmente admitida	Justificación, evidencia, falta documentación, etc.	
1			X	
2			X	
3			X	
4		X		
5			X	
6			X	
7			X	
8			X	
9			X	
10		X		
11			X	
12		X		
13		X		
14		X		
15		X		
16			X	
17			X	
18		X		
19			X	
20			X	
21			X	
22			X	
23	X			
24			X	
25			X	
26		X		
27			X	
28			X	
29			X	
30		X		
31			X	
32			X	
33			X	
34			X	
35			X	
36			X	
37			X	
38			X	
39			X	
40			X	
41			X	
42			X	
43			X	
44			X	
45			X	
SAS	1	9	35	45

ALEGACIÓN Nº 1, AL PUNTO 59 (NO ADMITIDA)

Consideramos que la afirmación de este punto no tiene referencia objetiva, ni conocemos la fuente de la misma. Adicionalmente, no es correcta la afirmación relativa a la ausencia de clasificación de los hospitales dado que en base a la actual clasificación de los centros del Servicio Andaluz de Salud en los niveles que se incluyen en el anexo 2 del informe provisional, y los criterios de ubicación de equipos, unidades de ictus y unidades de referencia que se citan en el párrafo nº 54, se obtiene la clasificación, tal y como la propia Cámara de Cuentas expone en el esquema incluido en el párrafo número 57. Otra cuestión es que no se haya emitido un documento oficial en el que se plasme tal clasificación.

Por lo tanto proponemos retirar este punto

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

La afirmación contenida en el punto 59 del informe provisional se fundamenta en las siguientes fuentes de evidencia obtenidas durante el trabajo de fiscalización:

- Escrito del Director General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, de fecha 17 de julio de 2014, dirigido al Defensor del Pueblo en relación con una queja de oficio relativa a una **denuncia aparecida en los medios de comunicación, referente a la falta de medios para la realización de una técnica terapéutica en fin de semana.**

En el referido escrito, la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, tras hacer una breve descripción del Plan Andaluz de Ictus, expone la situación en que se encuentra en ese momento la implantación del Plan:

Situación actual. *En la fase aguda la atención hospitalaria se realiza, en un primer nivel de complejidad en los Equipos de Ictus que se localizan en todos los hospitales que atienden pacientes con ictus y en un segundo nivel, en Unidades de Ictus que actualmente están en fase de desarrollo con el objetivo de disponer de al menos una por provincia. Actualmente en Andalucía hay 3 Unidades de Ictus: Hospitales Virgen del Rocío, Macarena y Regional de Málaga. Próximamente entrará en funcionamiento una cuarta, la Unidad de Ictus del Hospital Puerta del Mar. El nivel de Unidades de Referencia está en fase de desarrollo.*

Con objeto de disponer de una información totalmente actualizada de la situación y disponibilidad de recursos en los centros del SSPA, se está procediendo mediante el envío de unos cuestionarios, a la actualización de la información lo más exhaustiva posible, que cumplimentará la que ya se solicitó al inicio de la implantación del Plan. Una vez procesada esta información se utilizará tanto para la toma de decisión como para la priorización en la aportación de recursos si fuera necesario. (...)

Igualmente existe una iniciativa (teleictus) que está implantada en el hospital Virgen del Rocío para su comunicación con los hospitales de San Juan de Dios del Aljarafe y del AGS Norte de Huelva que permite la comunicación visual de los profesionales de ambos hospitales, del paciente y la visualización de las imágenes del TAC.

Desde el Plan Andaluz de Atención al Ictus se prioriza esta actividad y, cuando sea posible, se extenderá a otros centros, ya que ha demostrado que mejora los resultados de los pacientes que han tenido un ictus.

- Entrevistas y reuniones con los interlocutores nombrados por la Administración sanitaria durante el desarrollo del trabajo de fiscalización: las restricciones de recursos presupuestarios fueron las causas esgrimidas por estos responsables para justificar el bajo nivel de implantación de las medidas contenidas en el Plan Andaluz de Atención al Ictus una vez finalizado el periodo que previsto en el mismo (2010-2014).

En cuanto a la referencia que hace el SAS en su alegación a los puntos 54 y 57, los criterios que se citan en los mismos son los contenidos en el Plan y en la *Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud*, pero, como se expone en el punto 60, y coincidiendo con las manifestaciones de los propios responsables sanitarios y el contenido de la Resolución del Defensor del Pueblo Andaluz, dichos niveles asistenciales no han llegado a implantarse.

ALEGACIÓN Nº 2, AL PUNTO 85 (NO ADMITIDA)

Proponemos que se recoja entre las conclusiones del informe.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

El contenido del punto 85 ya se recoge en las conclusiones del informe, en concreto en el punto 157:

“Los protocolos de activación del código ictus funcionan adecuadamente en todos los hospitales seleccionados, tanto si el usuario es trasladado por los servicios de emergencia sanitaria procedentes del domicilio o de atención primaria, como si el código es activado desde los servicios de urgencia hospitalaria cuando el paciente acude por sus propios medios. (§85)”

ALEGACIÓN Nº 3, AL PUNTO 106 (NO ADMITIDA)

Con respecto a la hipótesis de posibles complicaciones plasmada por la Cámara de Cuentas sobre la base de opiniones, procede señalar:

1º) En todos los centros los equipos multiprofesionales que atienden a estos pacientes están formados para el diagnóstico y tratamiento.

2º) Se realizan los tratamientos fibrinolíticos a los pacientes que llegan en tiempo adecuado y que cumplan los criterios para la realización de fibrinólisis.

Finalmente, destacar que durante el año 2015, con los datos hasta el mes de septiembre, se observa un aumento de las fibrinólisis realizadas

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Las alegaciones presentadas por el organismo no contradicen lo expuesto en el informe:

- *Los equipos están formados para el diagnóstico y tratamiento.* En el punto 106 se alude a **la práctica y experiencia**, pero en ningún caso se pone en duda **la adecuada formación de los profesionales en sus respectivas especialidades.**
- *Se realizan los tratamientos a los pacientes que cumplan los criterios.* En el informe se detalla el número de fibrinolisis realizadas pero **no se valoran las causas clínicas de los tratamientos realizados o de los potenciales que pudieran haber sido realizados.**
- *Durante el ejercicio 2015 se observa un aumento de las fibrinolisis realizadas.* El periodo objeto de fiscalización es 2014, no se ha podido valorar los motivos por los que aumentan los tratamientos fibrinolíticos realizados al quedar **fuera del alcance temporal del trabajo.**

ALEGACIÓN Nº 4, A LOS PUNTOS 120, 121, 122, 125 Y 126 (PARCIALMENTE ADMITIDA)

El Sistema de Contabilidad Analítica del SSPA (COAN) se configura como un sistema de control de gestión por centros de responsabilidad en los ámbitos de Atención Hospitalaria y Primaria, centros con un responsable único que debe actuar de interlocutor en los procesos de negociación del que derivan sus objetivos anuales de gestión.

En Atención Hospitalaria, COAN permite obtener información de costes por centro de responsabilidad y por línea de actividad asistencial. Además, en las líneas asistenciales de Hospitalización y Cirugía Mayor Ambulatoria, dispone del coste por proceso, entendiendo este último como el coste medio de todos los pacientes que han sido dados de alta en un determinado GRD, en función de los pesos medios de cada GRD.

De forma más concreta, COAN ofrece el “coste por punto GRD” para cada Hospital y año como la división de la suma de los costes totales reales imputados en las líneas de hospitalización de las diferentes especialidades, entre la suma de los “puntos GRD” registrados en las mismas según datos suministrados por el CMBD. Este indicador se puede interpretar como el coste medio de un punto GRD.

Para ofrecer una aproximación del coste medio de un GRD concreto, basta con multiplicar su peso correspondiente (según la versión actualizada del agrupador APGRD -en 2014, la versión 27.0-) por el “coste por punto GRD”.

Así pues, para realizar la estimación del coste de hospitalización de un paciente con ACV en el SSPA, se pueden utilizar datos de COAN para cada Hospital y año 2014, en lugar de utilizar el coste medio estimado por paciente hospitalizado en el SNS del 2010.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

La información aportada en la fase de alegaciones no contradice la expuesta en el informe de fiscalización: *“El sistema de contabilidad analítica disponible (COAN hyd) permite calcular, entre otros, el coste medio de la estancia en UCI y el coste de medio de hospitalización por servicios, pero no permite conocer los costes correspondientes a los pacientes hospitalizados según los distintos diagnósticos.” (punto 121 informe provisional)*

El coste medio por punto GRD para cada hospital del SSPA que se indica en la alegación no ha sido informado durante los trabajos de campo en las distintas reuniones mantenidas con los responsables del COAN. Tampoco aparece en ninguna de las publicaciones a las que se ha tenido acceso para la realización del trabajo de fiscalización.

Por ello y atendiendo a los argumentos presentados por el SAS, se toman para los cálculos los pesos GRD del Sistema Nacional de Salud y el coste por GRD (ambos datos referidos a 2013, cuya publicación se ha realizado en septiembre de 2015 con posterioridad al trabajo de campo) y se modifican los puntos 121, 125 y 126 y los cuadros nº 8 y 9 del informe provisional.

ALEGACIÓN Nº 5, AL PUNTO 134 (NO ADMITIDA)

Si bien en la actualidad aún no está desarrollado plenamente un sistema de información centralizado del Plan, no obstante cada centro dispone de información sobre:

- Número de casos
- Fibrinolisis realizadas
- Complicaciones
- Tiempos en las distintas fases del proceso.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

El organismo admite el hecho expuesto en el informe. Los indicadores a los que se refiere el punto alegado deben ser independientes de los que pueda disponer cada uno de los centros hospitalarios.

En el informe se hace referencia a la información que debe elaborar, conocer y publicar el organismo como responsable de la gestión sanitaria del SSPA.

ALEGACIÓN Nº 6, AL PUNTO 136 (NO ADMITIDA)

Los profesionales que atienden a los pacientes disponen de formación y experiencia para la aplicación de estos tratamientos, como se puede observar en buenos resultados en cuanto a las pocas complicaciones que tiene la aplicación del procedimiento. Adicionalmente se está trabajando para la implantación de la telemedicina en el conjunto de hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

La observación que se hace en el informe sobre la formación y experiencia de los facultativos debe entenderse en relación con la **especialidad clínica del los profesionales**.

Como se expone en el punto 47 del informe, en la Estrategia en Ictus del SNS y en los planes de otras comunidades autónomas el tratamiento fibrinolítico debe estar dirigido por un neurólogo experto.

Por otra parte, dado el reducido número de tratamientos fibrinolíticos practicados en los hospitales de menor nivel, los profesionales de estos centros disponen de poca experiencia en la práctica de estos tratamientos. Estas consideraciones han sido expuestas durante el trabajo de campo por los propios facultativos que atienden a los pacientes con ictus agudo.

En cuanto a la falta de implantación de los equipos de telemedicina, el SAS admite el hecho expuesto en el informe:

ALEGACIÓN Nº 7, AL PUNTO 141 (NO ADMITIDA)

Actualmente se están celebrando reuniones con todos los centros en los que se está trabajando en la ordenación de las unidades de referencia, planteándose la constitución de las previstas en el Plan e incluso de dos más, con los que podríamos disponer de cuatro unidades de referencia que estarían plenamente operativas durante el próximo año.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

El organismo se limita a informar en su alegación de los trabajos que se están llevando a cabo para corregir las deficiencias puestas de manifiesto en el punto 141 del informe de fiscalización.

ALEGACIÓN Nº 8, AL PUNTO 144 (NO ADMITIDA)

Consideramos que las afirmaciones que se comentan en este punto son juicios de valor e impresiones de algunos profesionales. En relación a la falta de continuidad entre atención primaria y hospital, reiteramos la información de que el 100% de los médicos de atención Primaria tienen acceso al informe de alta de los profesionales del hospital.

Por lo tanto proponemos retirar este punto.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Respecto a la consideración de las opiniones de los profesionales como juicios de valor, hay que remitirse a lo establecido en las normas de auditoría aplicables para ratificar su validez como prueba válida de auditoría y evidencia adecuada y suficiente. En concreto, en la ISSAI 3000⁵⁰ *Normas y directrices para la fiscalización operativa*: evidencia testimonial obtenida mediante entrevistas o cuestionarios.

El análisis de múltiples fuentes independientes ha sido el método utilizado para la confirmación de esta evidencia: Se han mantenido reuniones de trabajo en los responsables sanitarios en los SSCC del SAS, se han enviado cuestionarios y se han realizado pruebas de auditoría en seis hospitales del SSPA. Otra confirmación del contenido ha sido el escrito dirigido por la Dirección General de Atención Sanitaria que ha sido la base de la resolución del Defensor del Pueblo Andaluz de fecha 12 de enero de 2015.

⁵⁰ Desarrolla la ISSAI-ES 300. Tal como se indica en el punto 29 del informe, los trabajos de fiscalización se han desarrollado de acuerdo con las Normas Internacionales de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (ISSAI).

En cuanto a la falta de continuidad entre atención primaria y especializada, sería necesaria una historia digital única. A los profesionales les resulta insuficiente, para una adecuada continuidad asistencial, el acceso desde AP, exclusivamente, al informe de alta hospitalaria.

ALEGACIÓN Nº 9, AL PUNTO 147 (NO ADMITIDA)

El Proceso Ictus se publica en abril de 2015, después de haber sido revisado por las Sociedades Científicas, incluida la Sociedad Andaluza de Neurología. Precisamente coincide con las primeras y recientes publicaciones sobre terapia endovascular de 2015 referidas en la página 10 (pie de página 15) del Informe Provisional. Justo las anteriores publicaciones en revistas de muy elevado prestigio internacional como New England Journal of Medicine ponían en duda las ventajas de este tratamiento.

Se aporta a continuación el artículo de 2013 junto con las conclusiones:

**The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE**

ESTABLISHED IN 1812 MARCH 7, 2013 VOL. 368 NO. 10

**Endovascular Therapy after Intravenous t-PA versus t-PA Alone
for Stroke**

Joseph P. Broderick, M.D., Yuko Y. Palesch, Ph.D., Andrew M. Demchuk, M.D., Sharon D. Yeatts, Ph.D.,
Pooja Khatri, M.D., Michael D. Hill, M.D., Edward C. Jauch, M.D., Tudor G. Jovin, M.D., Bernard Yan, M.D.,
Frank L. Silver, M.D., Rüdiger von Kummer, M.D., Carlos A. Molina, M.D., Bart M. Demaerschalk, M.D.,
Ronald Budzik, M.D., Wayne M. Clark, M.D., Osama O. Zaidat, M.D., Tim W. Malisch, M.D., Mayank Goyal, M.D.,
Wouter J. Schonewille, M.D., Mikael Mazighi, M.D., Ph.D., Stefan T. Engelter, M.D., Craig Anderson, M.D., Ph.D.,
Judith Spilker, R.N., B.S.N., Janice Carrozella, R.N., B.A., R.T.(R.), Karla J. Rycikborst, R.N., B.N., L. Scott Janis, Ph.D.,
Renée H. Martin, Ph.D., Lydia D. Foster, M.S., and Thomas A. Tomsick, M.D.,
for the Interventional Management of Stroke (IMS) III Investigators

CONCLUSIONS

The trial showed similar safety outcomes and no significant difference in functional independence with endovascular therapy after intravenous t-PA, as compared with intravenous t-PA alone. (Funded by the National Institutes of Health and others; ClinicalTrials.gov number, NCT00359424.)

De este modo, es en los últimos meses ya en 2015 cuando se dispone de las evidencias sobre la efectividad de los procedimientos de terapia endovascular. Estas recientes evidencias, incluidas en el informe aportado por la Cámara de Cuentas, llevarán en breve a la modificación de las Guías Clínicas en el tratamiento de los pacientes con ictus, del mismo modo que obligarán también a la ya comentada modificación del Proceso Ictus.

Por todo ello, la terapia endovascular no fue incluida en el Proceso publicado en abril de 2015 y consideramos que es inadecuado el comentario sobre que el PAI no incluye el tratamiento endovascular, considerado actualmente como efectivo.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

La alegación confirma los hechos expuestos en el informe e incluso se pone de manifiesto la intención de modificar las Guías Clínicas para incluir los procedimientos de terapia endovascular.

Se considera procedente señalar en el informe que en el PAI publicado en abril de 2015 no se contemplan las actuaciones clínicas relacionadas con los tratamientos intraarteriales. La efectividad de estos tratamientos quedó demostrada en enero, meses antes a la publicación del nuevo PAI (Ensayo EXTEND-IA: *“El tratamiento endovascular en <4,5h incrementa la mejoría neurológica y el porcentaje de reperfusión. De hecho la reperfusión favorable ha pasado de un 40% a más de un 80%, incrementándose de un 35% a un 60% de independencia funcional.”* [Campbell BC, et al; *Endovascular Therapy for Ischemic Stroke with Perfusion-Imaging Selection*. New England J Med. 2015 Feb 11])

De hecho, en documentos similares de otras comunidades autónomas se incluyen los tratamientos endovasculares en el marco de atención sanitaria a pacientes con ictus isquémico.

ALEGACIÓN Nº 10, AL PUNTO 149 (PARCIALMENTE ADMITIDA)

*En este momento, disponemos de 6 Unidades de Ictus ubicadas en los siguientes hospitales: Hospital Torrecárdenas , Hospital Regional de Málaga, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Hospital Universitario Virgen Macarena , Hospital Puerta del Mar de Cádiz y Hospital Reina Sofía. Estamos convencidos de los beneficios y la evidencia publicada sobre los resultados que se obtienen del ingreso de los pacientes en Unidades de Ictus. Es por ello que se ha diseñado un mapa de recursos en el que se incluyen las Unidades de Ictus, al menos una por provincia, en base a la distribución geográfica, ordenación de recursos y organización provincial de la atención a los pacientes con ictus.
(...)*

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

A la fecha de finalización de los trabajos de campo y aprobación del anteproyecto de informe, sólo 5 hospitales del SSPA disponían de unidad de ictus.

En la alegación presentada se hace referencia a seis unidades, siendo la del Hospital Reina Sofía la que no ha sido considerada en el informe de fiscalización.

En relación con este hospital, se confirmó que no disponían de este recurso en el desarrollo de los trabajos, concretamente en las fases que se exponen a continuación:

- Durante las reuniones mantenidas en el hospital Reina Sofía con el jefe de servicio de Neurología (marzo de 2015).
- En las respuestas cumplimentadas de los cuestionarios remitidos (abril 2015).

- Durante el trámite de confirmación del borrador de informe con la directora del Plan y otros responsables de la Consejería de Salud y el SAS (septiembre de 2015).
- Texto de la alegación nº 13 al punto 153 del informe.

Por último, se acepta la alegación presentada respecto a las unidades intermedias ya que este término es utilizado por los facultativos sanitarios, pero tal como indica el organismo en sus alegaciones, no está incluido en los documentos del Plan ni del Proceso asistencial.

ALEGACIÓN Nº 11, AL PUNTO 151 (NO ADMITIDA)

Consideramos que, efectivamente, el neurólogo es una figura fundamental en la atención de los pacientes con ictus. La recomendación por parte del Plan es su participación mediante telemedicina en la decisión sobre el tratamiento fibrinolítico. Es por ello que la afirmación del punto 151 debería matizarse en ese sentido.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Los argumentos de la alegación no contradicen el hecho expuesto en el informe. Por otro lado resultaría reiterativo realizar la matización solicitada por el SAS, puesto que en el punto anterior al alegado se describe la telemedicina como un recurso que permite la evaluación y tratamiento urgente por un neurólogo especialista.

La situación actual, tal como se describe en el informe de fiscalización, es que sólo dos hospitales del SSPA disponen del recurso de la telemedicina.

ALEGACIÓN Nº 12, AL PUNTO 152 (PARCIALMENTE ADMITIDA)

Como hemos comentado, se conocen recientemente las evidencias que demuestran la efectividad de este tratamiento en los casos bien seleccionados. La Neurorradiología Intervencionista está incorporada en la cartera de servicios del SSPA (Resolución de la Dirección General de Asistencia Sanitaria 1545/06, de 11 de diciembre, sobre catálogo de Servicio /Equipos funcionales de Asistencia Especializada en el Servicio Andaluz de Salud). De hecho, los procedimientos realizados en cada uno de los centros donde existe este servicio están incorporados en la Memoria Anual de dicho hospital.

Los centros que disponen actualmente de este servicio son:

Provincia	Área Hospitalaria
Almería	A.H. Torrecárdenas
Córdoba	A.H. Reina Sofía
Granada	Complejo Hospitalario Universitario de Granada
Jaén	A.Complejo Hospitalario de Jaén
Málaga	A.H. Hospital Regional de Málaga
	A.H. Virgen de la Victoria
Sevilla	A.H. Virgen del Rocío
	A.H. Virgen Macarena

Fuente: Servicio de Cartera del SAS

Por lo tanto proponemos retirar esta conclusión.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

En la Resolución de la DGAS a la que se alude en la alegación se incorpora la *unidad de radiología vascular, intervencionista y neurorradiología*. Se deduce, por tanto, que las especialidades incorporadas son:

- Radiología vascular
- Radiología intervencionista
- Neurorradiología

Pero no se incorpora la neurorradiología intervencionista como área de capacitación específica diferenciada de las anteriores.

Para su mejor comprensión, se modifica los puntos 69 y 152 del informe de fiscalización y se incluye la referencia a la Resolución 1545/06.

ALEGACIÓN Nº 13, AL PUNTO 153 (PARCIALMENTE ADMITIDA)

Se trata de una interpretación de la opinión de los profesionales de los hospitales. En este sentido tenemos que hacer las siguientes aclaraciones:

- A. *Es mayor el número de hospitales que disponen de Neurorradiología Intervencionista en Cartera de Servicios, según se informa en el punto anterior.*
- B. *El Hospital Reina Sofía dispone de Neurorradiología Intervencionista 24hx7d pero no dispone de Unidad de Ictus, hecho que esperamos poder mejorar.*
- C. *Pero sobre todo, no puede argumentarse que “en la estrategia del SAS no está previsto que el Hospital Reina Sofía (Córdoba) se configure como unidad de referencia”. Eso no es correcto y no conocemos de donde se extrae esa afirmación. La única establecida es que el objetivo es disponer al menos de 2 unidades de referencia sin determinar los hospitales en ese momento ni siquiera en la actualidad.*

Por lo tanto debería retirarse dicha conclusión.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Evidentemente, dado que los hospitales no están oficialmente clasificados en equipos, unidades y unidades de referencia, se trata de una percepción del propio hospital, y así se refleja en el punto 70 del informe: *“Según los cuestionarios cumplimentados por los centros, de los seis hospitales nivel I, se clasifican como unidad de referencia los hospitales Virgen del Rocío, Virgen Macarena, Virgen de las Nieves y Reina Sofía.”*

En relación a las tres aclaraciones que se exponen en la alegación es necesario indicar que:

- La primera de ellas no contradice lo reflejado en el informe (solo se indica el centro que dispone de neurorradiología intervencionista las 24h todos los días del año).

- La segunda reafirma lo expuesto en el informe y se contradice con lo manifestado en alegación nº 10 presentada por el organismo.
- En cuanto a la tercera, en la reunión de 29 de mayo de 2015 mantenida en los SSCC del SAS con los responsables del Plan, estos pusieron de manifiesto la intención del SAS de que las unidades de referencia en ictus fuesen los hospitales Virgen del Rocío (Sevilla) y Virgen de las Nieves (Granada)

ALEGACIÓN Nº 14, AL PUNTO 155 (PARCIALMENTE ADMITIDA)

En el Plan de Ictus aparece como una de las acciones:

Fortalecer el registro de ictus con el objetivo de potenciar la atención de calidad y corregir las desviaciones que se producen en el tiempo de atención en la fase aguda.

(...)

El Plan está incidiendo en la mejora del sistema de información actual con la inclusión del código ictus y la implantación de la hoja específica de ictus integrada en Historia Digital.

Por lo tanto proponemos retirar esta conclusión.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

El SAS no manifiesta en su alegación que se haya creado el Registro de Ictus. No obstante, se informa a la Cámara de Cuentas que se está trabajando para mejorar el sistema de información actual.

Efectivamente no se hace mención al Registro de Fibrinólisis en el Plan de Atención al Ictus, por lo que se modifica la redacción de los puntos 73 y 155 del informe.

ALEGACIÓN Nº 15, AL PUNTO 156 (PARCIALMENTE ADMITIDA)

Revisado el Plan no se ha encontrado la referencia que se comenta en cuanto a la constitución de comités provinciales, no obstante la realización de reuniones provinciales como las que actualmente se están celebrando y las celebradas con anterioridad, no dejan de ser un buen sistema de coordinación de las actuaciones.

Por lo tanto proponemos retirar esta conclusión.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Efectivamente en el Plan sólo se hace referencia a las Comisiones Asesora y de Seguimiento, quedando fuera los comités provinciales de coordinación y seguimiento. En este sentido se modifica la redacción de los puntos 76 y 156 del informe provisional.

Por otra parte, se debe indicar que a la fecha de finalización del trabajo de campo, no se estaban celebrando reuniones provinciales para la coordinación y seguimiento interniveles. Se desconoce si a la fecha de presentación de las alegaciones se han iniciado dado que no se aporta evidencia al respecto.

ALEGACIÓN Nº 16, AL PUNTO 158 (NO ADMITIDA)

Las evidencias disponibles con respecto a la Rehabilitación en el Ictus son la Rehabilitación precoz y el plan individualizado de Rehabilitación desde el inicio. Ambos objetivos están incluidos hace años en Contrato Programa de los hospitales de Andalucía. Debería por tanto matizarse porque así se contempla este aspecto en las Guías Clínicas.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Entre los objetivos del Contrato Programa y en relación con el Plan Integral de Atención al Ictus, se encuentra el de “rehabilitación precoz” (nº pacientes que inician el tratamiento en las primeras 72 horas). No se incluye, sin embargo “el plan individualizado de Rehabilitación desde el inicio” al que se refiere el SAS en su alegación.

En cualquier caso, el hecho de que existan objetivos de Contrato Programa relacionados con la rehabilitación del paciente que ha sufrido un ictus, no implica que se disponga de protocolos comunes, deficiencia que se ha constatado durante la realización de los trabajos de campo. Por tanto, la alegación no contradice lo expuesto en el informe.

ALEGACIÓN Nº 17, AL PUNTO 159 (NO ADMITIDA)

Desde Atención Primaria el 100% de los profesionales puede acceder a los informes de alta del hospital y se están realizando actuaciones que en poco tiempo integrarán la información en un árbol único.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

El acceso a los informes de alta hospitalaria desde Atención Primaria es insuficiente para lograr una adecuada comunicación entre los profesionales de atención hospitalaria y atención primaria que garantice el continuo asistencial. El SSPA aún no se dispone de una historia clínica común accesible a todos los profesionales.

El SAS informa en el texto de la alegación de las actuaciones que se están realizando para integrar la información en un árbol único.

ALEGACIÓN Nº 18 AL PUNTO 160 (PARCIALMENTE ADMITIDA)

Esta afirmación no es correcta. El tratamiento del ictus hemorrágico o isquémico (tenga indicación de trombolisis iv o no) es siempre urgente. El hecho de que el paciente no sea candidato a fibrinólisis iv no lleva a los profesionales a una actitud pasiva como la que se define textualmente “se desactiva el código y el registro de tiempos deja de ser prioritario”. De hecho, en ocasiones como la que se contempla “opción de tratamiento endovascular” la prioridad no sólo se mantiene sino que se acrecienta al seguir dependiendo de tiempos muy reducidos.

Por tanto, consideramos que debe retirarse esta afirmación por no ajustarse a la realidad.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

La desactivación del código ictus cuando el paciente no es apto para el tratamiento fibrinolítico es una evidencia obtenida durante la realización de los trabajos de campo en los centros hospitalarios analizados y, como consecuencia de la desactivación, dejan de medirse los tiempos.

No obstante, se modifica el punto del informe para dejar constancia que los profesionales continúan asistiendo al paciente aunque en los protocolos no se hayan establecido límites temporales para la aplicación de los distintos tratamientos posibles.

ALEGACIÓN Nº 19, AL PUNTO 161 (NO ADMITIDA)

Desconocemos la fuente de esta información, no obstante independientemente del desarrollo del Plan, cualquier hospital con menor nivel de resolución como serían los de los niveles III y IV, tiene las vías de derivación habituales a sus centros de referencia en caso de complicación de los pacientes a los que atienden.

Por lo tanto proponemos retirar esta conclusión.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Efectivamente, como indica el texto de la alegación, los hospitales *tienen las vías de derivación habituales a sus centros de referencia*. Si bien, estas vías pueden no ser las más adecuadas para el tratamiento del ictus, que requiere de protocolos de derivación específicos dada la importancia del *factor tiempo* para garantizar la efectividad de los tratamientos, tal como se expone en distintos puntos del informe (§§ 4, 42, 45, entre otros).

ALEGACIÓN Nº 20, AL PUNTO 162 (NO ADMITIDA)

Efectivamente la Agencia de Emergencias Sanitarias dispone de los sistemas de información para las urgencias que atiende. En el caso del Ictus responde a un porcentaje pequeño del número de casos que se producen.

Disponer de un sistema de información para la totalidad de casos sería deseable, ya que entonces lógicamente dispondríamos de información de los tiempos y sería posible disponer de la información real de la urgencia extrahospitalaria, ausente en este momento. Es por eso que consideramos que el objetivo siempre ha sido utilizar una única vía de entrada en proceso ictus que, aunque ha aumentado (numero de códigos ictus activados en la urgencia extrahospitalaria), tendría que incrementarse en gran medida hasta llegar a los límites necesarios.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

El organismo admite que sólo los sistemas de información de los que dispone la Agencia de Emergencias Sanitarias permiten medir los tiempos de activación de código ictus.

No han sido objeto de valoración por parte del SAS el hecho expuesto en este punto del informe, en concreto, que los centros y unidades asistenciales implicados no dispongan de un sistema de información integrado y que la única forma de conocer el cumplimiento de los objetivos de tiempo previstos en los protocolos de atención al ictus sea la auditoría de historias clínicas, que además no se están realizando.

ALEGACIÓN Nº 21, AL PUNTO 163 (NO ADMITIDA)

Existe una Comisión de Seguimiento del Plan de Ictus. Entre sus funciones están la de proponer los objetivos y evaluar indicadores sobre el Plan de Ictus. Adicionalmente, lleva a cabo acciones específicas como la de mejorar la organización funcional de la atención al ictus, en relación con las especificaciones del Plan de Ictus, desarrollar acciones formativas, llevar a cabo reuniones provinciales para el análisis de situación y mejora de los objetivos planteados en el Plan de Ictus. Así mismo, trabajar en la actualización y elaboración de la nueva versión de la Estrategia de Ictus a nivel del Ministerio.

Esta Comisión de seguimiento del Plan de Ictus tiene los siguientes componentes:

Dra. M^a Dolores Jiménez, Directora del Plan de Ictus, Dra. Aránzazu Irastorza, Jefa de Servicio de Planes Integrales (SAS), Dra. Reyes Sanz, Jefa de Servicio de Calidad y Procesos (Consejería de Salud), Dra. Carmen Lama, Subdirectora de Promoción de Salud (Consejería de Salud). En temas concretos como formación y otras actividades específicas interviene también Dr. Francisco Moniche, neurólogo H.U. Virgen del Rocío y coordinador Grupo de Ictus de la Sociedad Andaluza de Neurología.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

La alegación no responde a la cuestión observada en el informe. En el punto alegado no se hace mención a la Comisión de Seguimiento.

El Plan Ictus establece que *“Para poder valorar el cumplimiento de las acciones que se han determinado en este Plan, debemos establecer una evaluación y seguimiento de los objetivos definidos. Para ello hay que crear una Comisión asesora del Ictus que se encargara de evaluar los indicadores que determinamos a continuación, analizar puntos críticos y determinar propuestas de mejora, que presentará periódicamente a la Comisión de Seguimiento de los Planes”*. Es decir, el Plan contempla la creación tanto de la Comisión de Seguimiento como la Comisión Asesora.

En cualquier caso, no se ha dispuesto ni durante los trabajos de campo ni en la fase de presentación de las alegaciones, de actas u otra documentación que permita conocer el desarrollo de las funciones que corresponden a la Comisión de Seguimiento.

ALEGACIÓN Nº 22, AL PUNTO 164 (NO ADMITIDA)

La evaluación de los objetivos de Contrato Programa se realiza con los sistemas de información centralizados o en caso de no disponer de los mismos con informe del Centro.

Una vez realizada la evaluación se abre un periodo de alegaciones en las que los centros pueden aportar sus discrepancias con la misma, porque la afirmación “se han detectado errores de interpretación y cálculo en los datos enviados por los centros” es subsanada por este procedimiento por lo que esta afirmación parece más un “juicio de valor”.

De hecho al final de la conclusión se afirma “No obstante, en general, los hospitales del SSPA cumplen con los objetivos previstos”.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Como se indica en la alegación, los datos se pueden obtener de los sistemas de información centralizados o, en su defecto, directamente de los centros. Es a este último caso al que se refiere la conclusión del informe.

Durante el trabajo de campo realizado en los distintos centros hospitalarios seleccionados, se ha obtenido **evidencia** documental de errores que no habían sido advertidos por los SSCC. Este hecho no impide que, con la valoración de los datos correctos realizada por el equipo de fiscalización, los centros hayan cumplido los objetivos del Contrato Programa.

De esta forma, la afirmación del informe no es en ningún caso un *juicio de valor* sino que responde a hechos comprobados y de los que se dispone de evidencia documental.

ALEGACIÓN Nº 23, AL PUNTO 167 (ADMITIDA)

ALEGACIÓN Nº 24, AL PUNTO 168 (NO ADMITIDA)

El tratamiento endovascular es una práctica clínica que ha adquirido evidencia sólida en los últimos tiempos y como tal se va a incorporar en el Proceso Ictus 2015, como una adenda.

Como ya hemos comentado, en cartera de servicios existen hospitales con Neurroradiología Intervencionista por lo que actualmente los pacientes que precisaran este tratamiento lo tendrían garantizado por los hospitales de referencia en los que actualmente esta técnica se realiza. Actualmente como señala el informe la mayoría de este tipo de tratamientos se realiza en estos dos hospitales.

Una vez incorporado en el proceso se empezará a trabajar en la extensión del procedimiento terapéutico para todos los pacientes que lo requieran.

Así mismo creemos que debe suprimirse el dato de que se realiza tratamiento sobre ictus hemorrágico en 6 hospitales de Andalucía. Queremos aclarar lo siguiente:

- Todos los hospitales del SSPA realizan fibrinólisis intravenosa, tratamiento con evidencia demostrada hace años.

- En todos los hospitales del SSPA se atienden pacientes con hemorragia cerebral intraparenquimatosa o ictus hemorrágico, aunque no sea motivo de este informe.

- Los ictus isquémicos seleccionados en los que está indicada la terapia endovascular (fibrinólisis intraarterial, trombectomía) son derivados a los servicios con neurorradiología intervencionista. Esta distribución es la que se está llevando a cabo en la actualidad, así es que no son significativos los escasos pacientes así tratados con anterioridad.

- Los pacientes con hemorragia cerebral de otras causas (hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural, hematoma extradural o aquellos pocos hematomas intraparenquimatosos que precisan tratamiento quirúrgico) son derivados a los hospitales con Neurocirugía. Este punto no es objeto del Plan de Ictus ni del Proceso Ictus y además está bien establecido en los hospitales del SSPA.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

El primer y el tercer párrafo de la alegación no ofrecen argumentos que contradigan los hechos manifestados en el informe.

En cuanto al segundo, sólo un hospital en toda Andalucía dispone de los medios necesarios las 24 horas del día, todos los días del año.

La práctica del tratamiento del ictus hemorrágico en 6 hospitales de Andalucía es un dato extraído del sistema de información "Conjunto Mínimo Básico de Datos, correspondiente al ejercicio 2014". El SAS no aporta argumentos suficientes para la supresión de esta información.

ALEGACIÓN Nº 25, AL PUNTO 170 (NO ADMITIDA)

Se entiende por indicadores de calidad los indicadores de estructura, proceso y resultados en salud. En el Servicio Andaluz de Salud existen indicadores de las tres dimensiones.

Se evalúan indicadores de estructura: número de unidades, número de equipos de ictus, de telemedicina....

Se evalúan indicadores de proceso: pacientes a los que se realiza fibrinólisis, tiempo puerta aguja, hemorragia secundaria a fibrinólisis....

Se evalúan indicadores de resultados: mortalidad, incidencia de Ictus. Pasamos a relacionar la evaluación de alguno de ellos:

*Se observa un mantenimiento de la **incidencia** según los datos del INE en los últimos 10 años, tanto en Andalucía como a nivel nacional (185 y 220 respectivamente en 2013). Se aprecia un incremento específico en personas mayores de 65 años, sector de edad más frecuente para la aparición de ictus, si bien la ausencia de incremento en la incidencia de la enfermedad hace ver que se están tomando medidas de prevención dentro de los distintos planes y estrategias de ictus.*

*En relación con la **mortalidad**, se observa una clara disminución de la mortalidad en los últimos 10 años, tanto en Andalucía como a nivel nacional, situándose en 2013 en cifras de 67 y 60 respectivamente. Somos conscientes de la elevada mortalidad que acompaña a esta enfermedad.*

Sin embargo, destaca el descenso de las tasas en los pasados 10 años, elevado a nivel nacional (de 89 a 60) pero llamativo en Andalucía (de 105 a 67).

Después de la elaboración del Plan de Ictus se incorporaron al Contrato Programa y Acuerdo de Gestión de todos los hospitales del SSPA objetivos específicos de la atención al ictus, entre los que destacamos los siguientes:

Porcentaje de Fibrinólisis sobre el total de pacientes con ictus isquémico N° de fibrinólisis*100/ N° de Ictus isquémicos atendidos en el centro.

Se trata de un indicador cuantitativo muy útil ya que mide el funcionamiento adecuado de las distintas estructuras (urgencias extrahospitalarias, urgencias hospitalarias, código ictus, neurólogo, radiología, enfermeras, celadores, etc.). Mide el número de pacientes que recibieron tratamiento con fibrinólisis iv, como terapia que ha demostrado claros resultados sobre el grado de discapacidad de los pacientes tras el ictus. Para lograrlo han tenido que trabajar adecuadamente todos los profesionales implicados. Ha sido durante tiempo un indicador cuantitativo de calidad en los hospitales que atienden a pacientes con ictus.

Porcentaje de hemorragias sobre el total de pacientes fibrinolizados (siempre que haya un mínimo de procedimientos realizados)

N° de hemorragias secundarias a la fibrinólisis endovenosa * 100 / N° total de fibrinólisis endovenosa realizadas Nota: El n° mínimo de fibrinólisis endovenosa en pacientes con ictus isquémico agudo hospitalizados para valorar el objetivo será de un 10% del total.

Se trata de un indicador de seguridad. Intenta asegurar que, además de realizar el número de procedimientos adecuados, se lleva a cabo sin complicaciones. Esto implica que los pacientes están bien seleccionados y que se lleva a cabo el procedimiento por facultativos expertos en esta patología.

Pacientes con ictus agudo hospitalizados que son evaluados y tienen un plan de rehabilitación de forma precoz (<72 horas N° pacientes hospitalizados con indicación de rehabilitación que inician el tratamiento en las primeras 72 horas * 100/ N° total de pacientes hospitalizados con indicación de rehabilitación.

Nota: Se estima que el porcentaje de pacientes hospitalizados que precisan rehabilitación es el 50% del total de pacientes hospitalizados por ictus agudo.

Estos objetivos están relacionados con aquello que ha mostrado evidencia en el tratamiento de los pacientes con ictus. Se aplica a los Servicios de Rehabilitación que se encargan de estos pacientes dentro del Equipo o Unidad.

Con respecto a las opiniones que la Cámara de Cuentas plasma en su informe provisional, entendemos que los informes de los órganos de control han de basarse en evidencias y no en opiniones de profesionales que, dada la coyuntura económica y de gestión en la que se está desarrollando la actividad en los últimos años, pudieran estar sesgadas.

En base a lo expuesto solicitamos la supresión del párrafo objeto de la presente alegación.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

En este punto del informe no se concluye que no se disponga de indicadores, se refiere expresamente *“indicadores específicos para la medición de la calidad, desde el punto de vista técnico”* sobre la asistencia prestada a estos pacientes.

El Plan (2011/2014) y el PAI de 2002 establecen una serie de indicadores de carácter cuantitativo que, tal como se expone en el informe provisional, no han sido objeto de evaluación por el SAS en ningún ejercicio. Los únicos indicadores que se han evaluado, aunque con incidencias, son los tres incluidos en el Contrato Programa (puntos 97 a 114 y 164).

En el informe se refleja la opinión generalizada puesta de manifiesto por los profesionales sanitarios de los centros seleccionados para la realización del trabajo de campo y corroborada por los asesores consultados⁵¹.

Por último, indicar que la falta de recursos técnicos y humanos ha podido ser contrastada atendiendo al deficiente nivel de implantación del equipamiento previsto en el Plan para los equipos, unidades y unidades de referencia, en una fecha que sobrepasa la duración del prevista en el propio Plan (2011/2014).

ALEGACIÓN Nº 26, AL PUNTO 172 (PARCIALMENTE ADMITIDA)

Este tipo de decisiones sobrepasan la competencia del SSPA, para poder integrar los costes sanitarios y sociales incurridos a los largo de toda la vida de estos pacientes.

(...)

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

No se entiende la afirmación *“este tipo de decisiones sobrepasan la competencia del SSPA”*.

La Junta de Andalucía tiene transferidas todas las competencias en materia sanitaria. Por tanto, corresponde exclusivamente a la Junta de Andalucía tomar las decisiones sobre las inversiones a realizar en el SSPA.

Por otro lado, para una adecuada toma de decisiones es necesario analizar y conocer, a través de estudios y modelos analíticos, los costes sociales y sanitarios a largo plazo que pueden suponer las lesiones provocadas por esta enfermedad.

El SSPA, además de la competencia, tiene a su disposición los profesionales y medios técnicos necesarios para llevar a cabo este tipo de análisis (Consejería, SAS y EASP). De hecho, la EASP ya realizó en el ejercicio 2002 informes sobre la metodología de cálculo del coste de los procesos asistenciales⁵².

⁵¹ Facultativos especialistas que prestan sus servicios en la atención al Ictus en fase aguda en el SAS, así como de investigadores del grupo Neurovascular del Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS).

⁵² Tres informes: “Metodología para la estimación del coste sanitario por pacientes en un Proceso Asistencial”, “Coste sanitario del Proceso Asistencial Integrado Ataque Cerebrovascular en Andalucía” y “Coste sanitario del Proceso Asistencial Integrado Fractura de Cadera en el Anciano en Andalucía”.

Se modifica el punto del informe al objeto no limitar las posibles actuaciones que pueda realizar el SAS para la adecuada toma de decisiones.

ALEGACIÓN Nº 27, AL PUNTO 173 (NO ADMITIDA)

Conocemos el valor del continuo asistencial y de hecho se está trabajando desde 2014 para extender la Historia Clínica Digital en Movilidad HCDM, como instrumento básico para favorecer la comunicación entre profesionales extrahospitalarios y hospitalarios que atienden procesos tiempo dependientes como el Ictus.

A continuación se exponen las medidas que desde el Servicio Andaluz de Salud y la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, venimos realizando desde 2014 para extender la Historia Clínica Digital en Movilidad HCDM, como instrumento básico para favorecer la comunicación entre profesionales extrahospitalarios y hospitalarios que atienden procesos tiempo dependientes como el Ictus.

La Historia Clínica Digital en Movilidad, HCDM ha contribuido a la mejora de la atención sanitaria en el ámbito de las emergencias extrahospitalarias en Andalucía, facilitando el acceso de los profesionales a los datos clínicos de los pacientes fuera de los centros sanitarios y en cualquier punto de la Comunidad.

En la actualidad, los equipos de emergencias sanitarias utilizan esta herramienta en un 90% de asistencias realizadas y los equipos móviles de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias de atención primaria del SAS la utilizan en grado cada vez mayor, 70-80% tras su reciente extensión en 2015, siendo el número de historias digitales registradas hasta la fecha superior a 343.000.

La HCDM reduce los tiempos de atención a pacientes con patologías tiempo dependientes, alertando al centro hospitalario de la llegada de un paciente de determinadas características, como el caso de pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del ST que requieren ser atendidas en menos de dos horas en los servicios de hemodinámica del hospital o los de ictus que deberían acceder al Hospital en las primeras 4 horas y media.

La HCDM permite el acceso desde atención primaria y hospitalaria a la información de la asistencia extrahospitalaria, al integrar todos los datos en la Historia Única del Paciente (DIRAYA), mejorando así la continuidad asistencial.

La HCDM ha aumentado del 0,76% al 73,95% la identificación de los pacientes registrados en DIRAYA, mejorando significativamente el registro unívoco de los pacientes a través de la tarjeta sanitaria y también ha mejorado el grado de adecuación a los estándares de calidad clínica establecidos de los profesionales de emergencias sanitarias de Andalucía.

La HCDM ha reducido en un 88% las historias en papel, que junto con la integración con los equipos electromédicos disminuye la necesidad de espacio físico para el archivo de las historias, al tiempo que elimina los costes de su digitalización y registro para su evaluación y uso en investigación.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Se acepta la recomendación expuesta en el informe de fiscalización.

ALEGACIÓN Nº 28, AL PUNTO 174 (NO ADMITIDA)

La gestión por procesos ha llevado a la consideración aquellas enfermedades que implican a una gran parte de la población, con el fin de definir actuaciones basadas en la evidencia, definidas en las características de calidad.

En el caso del PAI Ictus 2015, como se ha explicado en varias ocasiones a lo largo de este informe, la terapia endovascular no tenía evidencia sólida cuando se cerró el mismo, por lo que no se abordó y se incorporó al límite marginal. En el caso del Ictus en la infancia es una enfermedad extremadamente rara por lo que se acordó no abordarlo e incorporarlo igualmente al límite marginal. En el caso del ictus hemorrágico, con sus connotaciones y subtipos específicos (hemorragia intraparenquimatosas, hemorragia subaracnoidea, otros hematomas cerebrales espontáneos o traumáticos) requieren un protocolo de actuación independiente completamente diferente al ictus isquémico por lo que se incorporó al límite marginal.

La hemorragia cerebral por su heterogeneidad y complejidad precisa la elaboración de guías específicas. Nos parece recomendable que esta protocolización se lleve a cabo pero, en cualquier caso, fuera del entorno que nos ocupa.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

La recomendación va dirigida a la importancia de protocolizar todos los casos, ya sea reduciendo los límites marginales o elaborando nuevos procesos o subprocesos. Corresponde a la Consejería de Salud y al SAS la decisión de cómo debe llevarse a cabo la protocolización.

Algunos de los tipos y tratamientos de ictus considerados como límites marginales en el PAI 2015, ya quedaron al margen en la primera edición del proceso (2002). Dado el tiempo transcurrido desde entonces hasta la publicación de la segunda edición (2015), deberían haberse protocolizado las actuaciones precisas para el tratamiento de estas tipologías.

Además, dado que el proceso objeto de estudio se denomina Proceso Asistencial **Integrado** Ictus, parece razonable dar cabida en el mismo a toda la tipología de ictus y a todos los tratamientos que se están llevando a cabo en la actualidad.

ALEGACIÓN Nº 29, AL ANEXO 5 (NO ADMITIDA)

Procede incluir también en la relación de centros que disponen de unidad de ictus el Hospital Reina Sofía (Córdoba).

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

A la fecha de finalización de los trabajos de campo y aprobación del anteproyecto de informe, sólo 5 hospitales del SSPA disponían de unidad de ictus.

En la alegación presentada se hace referencia a seis unidades, siendo la del Hospital Reina Sofía la que no ha sido considerada en el informe de fiscalización.

En relación con este hospital, se confirmó que no disponían de este recurso en el desarrollo de los trabajos, concretamente en las fases que se exponen a continuación:

- Durante las reuniones mantenidas en el hospital Reina Sofía con el jefe de servicio de Neurología (marzo de 2015).
- En las respuestas cumplimentadas de los cuestionarios remitidos (abril 2015).
- Durante el trámite de confirmación del borrador de informe con la directora del Plan y otros responsables de la Consejería de Salud y el SAS (septiembre de 2015).

Se podría entender que la alegación se refiere al momento en el que se presenta el escrito de alegaciones (9 de noviembre de 2015), pero en el texto de la alegación nº 13 al punto 153, el propio SAS se contradice al manifestar que el Hospital Reina Sofía no dispone de Unidad de Ictus.

ALEGACIÓN Nº 30, AL ANEXO 5 (PARCIALMENTE ADMITIDA)

(...) Se solicita la eliminación de tales párrafos del anexo 5.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Como se indica en el informe, los datos incluidos en el Anexo 5 están extraídos de los cuestionarios cumplimentados por los hospitales en julio de 2014 a requerimiento de los servicios centrales del SAS, por tanto no pueden ser modificados.

No obstante, se acepta parcialmente la alegación y se incluye como nota a pie de página la información facilitada en el trámite de alegaciones.

ALEGACIÓN Nº 31, AL PUNTO 182 (NO ADMITIDA)

La tasa de participación global no está incluida en las Guías de Calidad Europeas¹. Este indicador es un descriptivo básico del total de mujeres que en algún momento han participado en el cribado desde su inicio. No procede por lo tanto marcar objetivos para este indicador.

Donde sí marcamos objetivos es en la tasa de participación anual, que hace referencia a las mujeres que participan x100/mujeres citadas. En la Guía Europeai se recoge como valor aceptable de este indicador > 70% y valor deseable > 75%.

El PIOA incluyó este Indicador en el Contrato Programa de los Distritos y Áreas de Gestión Sanitaria con un valor mínimo del 70% y un valor óptimo del 80%.

Una vez conseguido este indicador, en el contrato programa del año 2014 y 2015 se ha sustituido por la tasa de cobertura, con unos valores entre 90–95%, para garantizar que todas las mujeres susceptibles de ser invitadas al programa reciban su cita.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

MAPA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS PROGRAMA 2015-2016 (PAC), SERVICIO DE SEGUROS SASTARMA Y DECRETOS SANitarios DE ATENCIÓN PRIMARIA							
OBJETIVOS	CMR del 2015	Indicador	MS	HCSP	DAP	A.S.	Tipo de indicador
PCOA. Cirugía conservadora en cáncer de mama. El tratamiento conservador de mama ha resultado iguales resultados que la cirugía más radical y representa el tratamiento de elección en la mayoría de los cánceres de mama actuales de pequeño tamaño, o iguales de mayor tamaño en que la QT (mastectomía) permitiendo su dimensión		Porcentaje de pacientes con cáncer de mama sometidos a cirugía conservadora	X	X		X	Cuantitativo
PCOA. Promover la implantación de grupos de mejora de los PAs: cáncer de colon y recto, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de pulmón.		Inclusión de grupos de mejora de los PAs: cáncer de colon y recto, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de pulmón	X	X		X	Cualitativo
PCOA. Programa de detección precoz de cáncer de mama (POPCM)		Tasa de cobertura = mujeres citadas en el 2015	X		X		Cuantitativo
PCOA. Detección precoz de cáncer de cuello uterino. Pa: Cáncer de Útero / Cáncer de Cérvix		Tasa de cobertura = mujeres de 25-64 años a las que se les ha realizado una citología en el año	X		X		Cuantitativo
PCOA. Se normaliza el nivel de derivación de los hospitales al Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama (POPCM)		Porcentaje de derivaciones informadas al POPCM	X	X		X	Cuantitativo

Numerador /denominador	Límite Superior	Límite inferior	Fuente	Periodicidad de la medición	Responsable de recopilar la información
Nº de pacientes con cáncer de mama sometidos a cirugía conservadora x 100/ Nº de pacientes diagnosticadas de neoplasia maligna de mama.	>60	50%	CMBO	anual	PLANES INTEGRALES
Documento de análisis de indicadores de calidad de los PAs: cáncer de colon y recto, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de pulmón, se pechando resultados del análisis y propuestas de mejora.	Análisis 4PAs	Análisis 2 PAs	Unidad de calidad familia de documento	anual	PLANES INTEGRALES
Tasa de cobertura = mujeres citadas en el 2015 x 100 / Mujeres susceptibles de ser invitadas en el 2015	90%	80%	Sistema de información POPCM	anual	PLANES INTEGRALES
Tasa de cobertura = mujeres de 25-64 años a las que se les ha realizado una citología en el año x 100 / total mujeres de 25-64 años	>10%	8%	MTI consulta	anual	PLANES INTEGRALES
Nº de mujeres derivadas para estudio hospitalario en las que se han cumplimentado los datos del resultado del estudio en el POPCMx 100/ Nº total de mujeres derivadas al hospital	95%	80%	Programa informático del POPCM	anual, Análisis en enero/ 2016, Evaluación: 30 septiembre de 2015	PLANES INTEGRALES



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

MAPA DE OBJETIVOS E INDICADORES CONTROL PROGRAMA 2015 HOSPITALS, ÁREAS DE GESTIÓN SANITARIA Y DISTRITOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA							
OBJETIVOS	Cód. ind. 2015	Indicador	AS	HCSA	DAP	A.S.	Tipo de indicador
POA. Cirugía conservadora en cáncer de mama. El tratamiento conservador de mama ha mostrado iguales resultados que la cirugía más radical y representa el tratamiento de elección en la mayoría de los cánceres de mama locales de pequeño tamaño, o aquellos de mayor tamaño en que la CT (mastectomía) permite reducir su dimensión.		Porcentaje de pacientes con cáncer de mama sometidos a cirugía conservadora	X	X		X	Cuantitativo
POA. Promover la implantación de grupos de mejora de los PAIs: cáncer de colon y recto, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de pulmón.		Implantación de grupos de mejora de los PAIs: cáncer de colon y recto, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de pulmón		X	X	X	Cualitativo
POA. Programa de atención precoz de cáncer de mama (POPCAM)		Tasa de cobertura = mujeres citadas en el 2015	X		X		Cuantitativo
POA. Atención precoz de cáncer de cuello uterino. PAI Cáncer de Útero / Cáncer de Cérvix		Tasa de cobertura = mujeres de 25-64 años a las que se les ha realizado una colgata en el año	X		X		Cuantitativo
POA. Se homologará el grupo de acreditación de los hospitales al Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM)		Porcentaje de derivaciones informadas al PDPCM	X	X		X	Cuantitativo

numerador / denominador	Límite Superior	Límite inferior	Fuente	Periodicidad de la medición	Responsable de recibir la información
Nº de pacientes con cáncer de mama sometidos a cirugía conservadora x 100 / Nº de pacientes diagnosticados de neoplasia maligna de mama	>50	50%	CMBO	anual	PLANES INTEGRALES
Documento de análisis de indicadores de calidad de los PAIs: cáncer de colon y recto, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de pulmón, especificando resultados del análisis y propuestas de mejora.	Análisis APAIS	Análisis PAIS	Unidad de calidad Emisión de documento	anual	PLANES INTEGRALES
Tasa de cobertura = mujeres citadas en el 2015 x 100 / Mujeres susceptibles de ser invitadas en el 2015	90%	80%	Sistema de Información PDPCM	anual	PLANES INTEGRALES
Tasa de cobertura = mujeres de 25-64 años a las que se les ha realizado una colgata en el año x 100 / total mujeres de 25-64 años	>10%	>8%	MTI consulta	anual	PLANES INTEGRALES
Nº de mujeres derivadas para estudio hospitalario en las que se han cumplimentado los datos del resultado del estudio en el PDPCM. 100/ Nº total de mujeres derivadas al hospital	90%	80%	Programa Informático del PDPCM	anual. Análisis: enero/ 2016, evaluación: 30 septiembre de 2015	PLANES INTEGRALES

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

En la cuestión observada el Organismo no reproduce en su integridad el punto 182 del informe de fiscalización. Para la comprensión adecuada de la conclusión se requiere su lectura completa.

El hecho que se expone en el informe de fiscalización del PAI cáncer de mama con efectos durante el ejercicio 2005, es que el indicador “tasa de participación global” no tenía fijados valores de participación mínima, además no se explotaban los datos disponibles sobre otros indicadores de detalle de la participación en el programa.

Los argumentos expuestos en la alegación se refieren a indicadores incluidos en ediciones posteriores del Proceso Asistencial y no se contradice ni muestra desacuerdo con la conclusión del informe de fiscalización.

ALEGACIÓN Nº 32, AL PUNTO 183 (NO ADMITIDA)

No existe un indicador de calidad en la Guía Europea¹ sobre la tasa de derivación al hospital para completar estudio. Desconocemos que criterio se siguió en el diseño del PDP, hace 20 años para establecer este rango de 10-12%. La derivación al hospital depende en gran medida de la organización.

El procedimiento de evaluación de las derivaciones es el siguiente: cada año se analizan todos los datos de actividad del programa. Se estudian las tasas de derivación por distrito sanitario o área de gestión. Si encontramos una desviación significativa con respecto a su tendencia se le comunica a la unidad en cuestión para que valoren posibles causas como forma de retroalimentación para establecer medidas correctoras si proceden. Dado que no existe un estándar validado internacionalmente este indicador solo se usa como herramienta para que las distintas unidades analicen su práctica.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Según se indica en la alegación, el Servicio Andaluz de Salud desconoce el criterio que se siguió en el diseño del PDP hace 20 años para establecer este rango de 10-20%. Evidentemente, la Cámara de Cuentas también lo desconoce.

Para el seguimiento de las recomendaciones expuestas en el informe OE-02/2010 se remitió un cuestionario a los Servicios Centrales del SAS y a la sede de la Escuela Andaluza de Salud Pública, por ser esta última la entidad responsable de la explotación y mantenimiento del “Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama”. La respuesta al cuestionario es la transcrita en el informe de fiscalización:

“Continúa sin disponerse de informes que valoren el grado de cumplimiento de este indicador. Sólo se realizan actuaciones puntuales ante altos porcentajes de desviaciones.”

En cualquier caso, el procedimiento para la evaluación de las derivaciones expuesto en las alegaciones no ha sido informado durante el trabajo de campo por lo que no ha podido ser objeto de comprobación por el equipo de fiscalización.

ALEGACIÓN Nº 33, AL PUNTO 184 (NO ADMITIDA)

Sí se realiza seguimiento. Disponemos del indicador "Retroalimentación de la información del hospital al PDP": N° de derivaciones informadas al PDPCMx 100/n° total de mujeres derivadas al hospital.

Con objeto de mejorar la retroalimentación, este indicador ha sido incluido en Contrato Programa.

Los límites establecidos han sido Mínimo 80%, optimo 95%.

PLAN INTEGRAL DE ONCOLOGIA					
Objetivo	Indicador (numerador/denominador)	Límites	Fuente	Periodicidad	Observaciones
Hospitales y AGS					
La técnica de la biopsia selectiva del ganglio centinela se ofertará a todas las pacientes con cáncer de mama en las que esté indicado. Esto implica que en todos los centros donde se intervenga a mujeres con cáncer de mama dispondrán de dicha técnica y si no disponen de ella derivarán a las mujeres en las que se indique a su hospital de referencia.	Nº de casos de cáncer de mama intervenidos y con ESGC x 100/ Nº total de casos de cáncer de mama intervenidos	Mínimo: >40% Óptimo: >= 50%	CMBDA	Anual	Todas las AGS y hospitales 3º y 4º nivel
Personas diagnosticadas de cáncer colorrectal a las que se interviene quirúrgicamente en un tiempo inferior a 30 días tras su ingreso en AGD.	Nº de personas diagnosticadas de cáncer colorrectal intervenidas en un periodo inferior a 30 días tras su ingreso en AGD x 100 / Nº total de personas diagnosticadas de cáncer colorrectal subsidiarias de cirugía en el propio centro	Mínimo: 90% Óptimo: 95%	AGD	Semestral	Todos los hospitales y AGS
Se normalizará el circuito de retroalimentación de los hospitales al Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama.	Nº de derivaciones informadas al PDPCM x 100/ Nº total de mujeres derivadas al hospital	Mínimo: 80% Óptimo: 95%	Programa informático del PDPCM.	Anual (análisis en enero/2013, evalúa mujeres derivadas hasta finales septiembre de 2013.	Hospitales grandes (de 1 y 2º nivel)

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

El indicador incluido en el contrato programa de los hospitales de 1er y 2º nivel, a partir de 2010, es el porcentaje de mujeres informadas al PDPCM sobre el total de mujeres derivadas al hospital. En cambio, en el informe se indica que la información proporcionada es incompleta e irregular.

Según se pudo comprobar durante el trabajo de seguimiento de las recomendaciones, en los Distritos hay un coordinador responsable del PDP y, en cambio, en los hospitales no hay un responsable designado desde la dirección del programa para retornar la información sobre las exploraciones y resultados obtenidos en el ámbito hospitalario.

Igualmente, en el cuestionario remitido a los servicios centrales del SAS para el seguimiento de las recomendaciones expuestas en el informe OE-02/2010, se nos informó que en algunos centros (ejemplo Área de Poniente) tienen establecido un circuito de captura y recaptura de la información trimestral con el envío de listados de mujeres que se encuentran en seguimiento hospitalario y de las cuales no existe información sobre resultados del programa de detección tras su derivación al hospital para la realización de pruebas diagnósticas. Por tanto, no se está actuando de igual forma en todos los centros.

Además de lo anterior, no se informa de los resultados de los que se pudieran disponer actualmente.

ALEGACIÓN Nº 34, AL PUNTO 185 (NO ADMITIDA)

Efectivamente sabemos que esto es así y por este motivo se ha puesto en marcha la medida enunciada en el apartado anterior.

Simultáneamente se está trabajando con el Registro de Cáncer de Andalucía para incorporar los datos de dicho registro al PDP pudiendo completarse así la información referida a tasa de detección, histología, estadio T y estadio N.

Así mismo, y dado que recientemente se ha completado la implementación de la historia digital en todos los hospitales que prestan asistencia oncológica, se ha instalado en las dependencias del PIOA un acceso on line a dicha información para recoger, en relación al cribado, toda la información detallada anteriormente.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

El SAS acepta las conclusiones del informe y se indican las medidas iniciadas para corregir las debilidades de información que se pusieron de manifiesto en el informe de fiscalización correspondiente al ejercicio 2009.

ALEGACIÓN Nº 35, AL PUNTO 186 (NO ADMITIDA)

- *La descentralización de la base de datos que gestiona el PDPCM hace muy difícil la explotación global de toda la información.*

*Para corregir esta deficiencia estamos elaborando un nuevo programa que permitirá la explotación centralizada de indicadores de calidad e indicadores de gestión.
Se adjunta informe de la empresa que está desarrollando la nueva aplicación en **ANEXO 1**.*

- *En relación a la encuesta de satisfacción, hasta la fecha no se consideró necesaria ya que desde el año 1999, entre el Servicio Andaluz de Salud y el Instituto de Estudios Sociales Avanzados de Andalucía, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IESA/CSIC), anualmente, se venía realizando encuestas de satisfacción sobre el sistema sanitario público a los usuarios de los servicios, tanto para el conjunto de Andalucía, como para cada uno de los Distritos de Atención Primaria y Centros de Atención Especializada del Servicio Andaluz de Salud. Los resultados de estas encuestas se encuentran en la página web del SAS.*
- *No obstante se acepta la recomendación de una encuesta específica de cribado para implementar en 2016. (**ANEXO 2**).*

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Se aceptan los hechos manifestado en el informe aprobado en el ejercicio 2010.

Las medidas tendentes a corregir las dificultades relacionadas con la explotación del PDPCM se están implementando en el momento actual.

En relación con las recomendaciones sobre la encuesta de satisfacción, las medidas no se implementarán, según la alegación, hasta el ejercicio 2016, en consecuencia, con un desfase de al menos 6 años desde la publicación del informe de fiscalización.

ALEGACIÓN Nº 36, AL PUNTO 187 (NO ADMITIDA)

La descentralización de la base de datos que gestiona el PDPCM hace muy difícil la explotación global de toda la información. Para corregir esta deficiencia estamos elaborando un nuevo programa que permitirá la explotación centralizada de indicadores de calidad e indicadores de gestión.

*Se adjunta informe de la empresa que está desarrollando la nueva aplicación en **ANEXO 1**.*

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Se aceptan los hechos manifestado en el informe aprobado en el ejercicio 2010.

Las deficiencias detectadas en la explotación centralizada de indicadores no han sido corregidas en el PDPCM que ha venido funcionando hasta el momento actual. La solución a la explotación descentralizada de los datos exige el desarrollo de una nueva aplicación que, según informa la alegación, actualmente se encuentra en desarrollo.

ALEGACIÓN Nº 37, AL PUNTO 188 (NO ADMITIDA)

Este punto se solucionará con la nueva aplicación informática. Mientras tanto, aunque la aplicación mantiene las bases de datos independientes, para facilitar la evaluación global del programa, anualmente la EASP agrupa toda la información en una base única.

Se trata de una Plataforma Web en la que se pueden obtener indicadores a nivel de unidad, de provincia y autonómico, todo desglosado por rangos de edad y por iniciales, sucesivas regulares y sucesivas irregulares.

Los indicadores que la EASP agrupa cada año son exclusivamente aquellos que nos solicita la Red Nacional de Cribados.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

La entidad corrobora, reproduce la conclusión del informe y no aporta documentación de las actuaciones futuras que se van a realizar.

ALEGACIÓN Nº 38, AL PUNTO 189 (NO ADMITIDA)

La base de datos es el propio programa informático que gestiona el cribado. Dicho programa gestiona las citas y recoge la información individualizada de todas las mujeres participantes. La explotación de los datos no necesita ser auditada ya que desde los servicios de apoyo del Servicio Andaluz de Salud se extrae directamente la información de esta base de datos.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Cualquier entrada de datos en el sistema informático es susceptible de error. Por tanto, es conveniente la verificación de los datos aportados por los distritos y hospitales mediante la realización de auditorías periódicas.

ALEGACIÓN Nº 39, A LOS PUNTOS 190 y 195 (NO ADMITIDA)

En la publicación "Metodología para la estimación del coste sanitario por paciente en un proceso asistencial integrado", referenciado en algunas de las cuestiones observadas del informe, la Escuela Andaluza de Salud Pública propone la utilización de la metodología de costes por actividades ABC (Activity Based Costing) combinada con el método fold back propio del Análisis de Decisiones.

Tras describir esta metodología, los autores de la publicación especifican de forma concreta que: "Aun cuando la metodología propuesta es compatible con los sistemas de información actuales de los centros sanitarios, estos sistemas no llegan a cubrir todas las necesidades de información para la estimación del coste por paciente del proceso (p.e. definición de ciertas probabilidades, consumo de tiempo de personal, etc.)."

Es por ello que, en ausencia de estándares más ampliamente consensuados, se precisa la utilización de otros estándares definidos mediante grupos de expertos, existiendo por tanto la posibilidad de introducir cierto sesgo en los cálculos de costes realizados.

La aplicación de la metodología propuesta requiere que en el Proceso Asistencial Integrado queden suficientemente definidas todas sus actividades críticas (quién las realiza, dónde, cuándo, cómo), permitiendo además visualizar claramente la continuidad de las actuaciones entre distintos subprocesos o niveles asistenciales.

La incorporación del modelo ABC en el análisis de costes requiere el manejo de una gran cantidad de información (consumos por actividad y tarifas unitarias asociadas), por lo que el esfuerzo que se realiza en la obtención de las cifras de coste es elevado."

El Sistema de Contabilidad Analítica del SSPA (COAN), calcula costes por centros de responsabilidad y por líneas funcionales, y dado que la información asistencial está dirigida a cuantificar los diferentes tipos de servicios prestados (en algunos casos con identificación de la casuística atendida, como los GRD de hospitalización), el coste por servicio prestado o por paciente sólo se puede obtener como un coste medio.

Enfocar la Contabilidad Analítica hacia la evaluación e identificación de los procesos asistenciales integrados, es una elección sobre la que se tendría que hacer un balance y estudiar el equilibrio entre los recursos humanos y materiales para llevarla a cabo y los resultados que pudieran obtenerse de tal esfuerzo.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

El SAS admite que no se ha realizado ninguna estimación ni cálculo económico sobre el coste de la ejecución del PDP ni del Proceso asistencial en el SSPA.

Como se indica en la alegación, la Escuela Andaluza de Salud Pública ha elaborado y publicado la Metodología para la estimación del coste sanitario por paciente en un proceso asistencial integrado. No se ha dado el siguiente paso que sería su adaptación específica al PAICM. Los argumentos expuestos en la alegación se basan en la relación coste/beneficio, elección que hasta el momento no ha resuelto el SSPA.

ALEGACIÓN Nº 40, A PUNTO 191 (NO ADMITIDA)

Hasta la fecha, obtener información sobre los tumores detectados y los tratamientos realizados no era posible salvo si los profesionales realizaban algún estudio clínico o a través de auditorías por muestreo aleatorio. Actualmente la implementación de la historia digital y las hojas específicas permitirán, por medio del módulo de gestión la explotación de datos sobre diagnóstico y tratamiento.

Por otro lado hay que tener en cuenta que el PAI cáncer de mama tiene una adaptación local a cada hospital y así está contemplado en la arquitectura de nivel IV.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

El SAS admite la cuestión observada en el informe y se indica en la alegación que con la implementación de la historia única y las hojas específicas se abordará la deficiencia detectada.

ALEGACIÓN Nº 41, A PUNTO 192 (NO ADMITIDA)

Procede la alegación del apartado 185.

Con objeto de mejorar la retroalimentación, este indicador ha sido incluido en Contrato Programa.

Simultáneamente se está trabajando con el Registro de Cáncer de Andalucía para incorporar los datos de dicho registro al PDP pudiendo completarse así la información referida a tasa de detección, histología, estadio T y estadio N.

Así mismo, y dado que recientemente se ha completado la implementación de la historia digital en todos los hospitales que prestan asistencia oncológica, se ha instalado en las dependencias del PIOA un acceso on line a dicha información para recoger, en relación al cribado, toda la información detallada anteriormente.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Como ya se ha indicado en las observaciones de la alegación al punto 184, el indicador incluido en el contrato programa de los hospitales de 1er y 2º nivel, a partir de 2010, es el porcentaje de mujeres informadas al PDPCM sobre el total de mujeres derivadas al hospital.

En cambio, en el informe se indica que la información proporcionada es incompleta e irregular. Es decir, se hace referencia a la “calidad” de la información facilitada y no a la cantidad de casos informados.

Según se pudo comprobar durante el trabajo de seguimiento de las recomendaciones, en los Distritos hay un coordinador responsable del PDP y, en cambio, en los hospitales no hay un responsable designado desde la dirección del programa para retornar la información sobre las exploraciones y resultados obtenidos en el ámbito hospitalario.

Igualmente, en el cuestionario remitido a los servicios centrales del SAS para el seguimiento de las recomendaciones expuestas en el informe OE-02/2010, se nos informó que en algunos centros (ejemplo Área de Poniente) tienen establecido un circuito de captura y recaptura de la información trimestral con el envío de listados de mujeres que se encuentran en seguimiento hospitalario y de las cuales no existe información sobre resultados del programa de detección tras su derivación al hospital para la realización de pruebas diagnósticas. Por tanto, no se está actuando de igual forma en todos los centros.

El organismo admite la cuestión observada al indicar que se está trabajando con el Registro de Cáncer de Andalucía para incorporar los datos de dicho registro al PDP pudiéndose completar así la información que falta.

Además, no se informa de los resultados de los que se pudieran disponer actualmente.

ALEGACIÓN Nº 42, AL PUNTO 193 (NO ADMITIDA)

Efectivamente no disponemos de un sistema de información en la actualidad que nos permita conocer los indicadores de calidad de los PAIs, pero desde los SSAA se ha solicitado esta información a todos los hospitales incluyéndola en contrato programa 2014 y 2015.

MAPA DE OBJETIVOS E INDICADORES CONTRATO PROGRAMA 2013 HOSPITALES, ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA Y DISTRITOS SANITARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA							
OBJETIVO	Cód. ind. 3058	Indicador	ACS	HOSP	DAP	A.S.	Tipo de Indicador
PCIA. Elección conservadora en cáncer de mama: El tratamiento conservador de mama ha mostrado iguales resultados que la cirugía más radical y representa el tratamiento de elección en la mayoría de los cánceres de mama actuales de pequeño tamaño o aquellos de mayor tamaño en que la QT (necesitante) permite reducir su dimensión.		Porcentaje de pacientes con cáncer de mama o mamas a cirugía conservadora	X	X		X	Cuantitativo
PCIA. Promover la implantación de grupos de mejora de los PAIs: cáncer de colon y recto, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de pulmón.		Implantación de grupos de mejora de los PAIs: cáncer de colon y recto, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de pulmón		X	X		Cualitativo
PCIA. Programa de detección precoz de cáncer de mama (PDCM)		Tasa de cobertura = mujeres citadas en el 2015	X		X		Cuantitativo
PCIA. Detección precoz de cáncer de cuarto estero: PAI Cáncer de Utero / Cáncer de Cérvic.		Tasa de cobertura = mujeres de 20-65 años a las que se les ha realizado una citología en el año	X		X		Cuantitativo
PCIA. Se normalizará el grado de recomendación de los hospitales al Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer de Mama (PDCM).		Porcentaje de derivaciones realizadas al PDCM	X	X		X	Cuantitativo

Numerador /denominador	Límite Superior	Límite Inferior	Fuente	Periodicidad de la medición	Responsable de recopilar la información
Nº de pacientes con cáncer de mama sometidas a cirugía conservadora x 100/ Nº de pacientes diagnosticadas de neoplasia maligna de mama	>60	50%	CMBD	anual	PLANES INTEGRALES
Documento de análisis de indicadores de calidad de los PAIs cáncer de colon y recto, cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de pulmón, especificando resultados del análisis y propuestas de mejora.	Análisis 4PAIs	Análisis 2 PAIs	Unidad de calidad Remisión de documento	anual	PLANES INTEGRALES
Tasa de cobertura = mujeres citadas en el 2015 x 100 / Mujeres susceptibles de ser invitadas en el 2015	90%	80%	Sistema de información PDPCM	anual	PLANES INTEGRALES
Tasa de cobertura = mujeres de 25-64 años a las que se les ha realizado una citología en el año x 100 / total mujeres de 25-64 años	>10%	>8%	MTI consulta	anual	PLANES INTEGRALES
Nº de mujeres derivadas para estudio hospitalario en las que se han cumplimentado los datos del resultado del estudio en el PDPCM/x 100/ Nº total de mujeres derivadas al hospital	95%	80%	Programa informático del PDPCM	anual. Análisis: enero/ 2015, Evaluación: 30 septiembre de 2015	PLANES INTEGRALES

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

En la alegación presentada se reconoce la inexistencia de un sistema de información que les permita conocer de forma rápida y automática los indicadores de calidad de PAICM al objeto de evaluar el cumplimiento de los procedimientos y sus plazos. Para mitigar esta deficiencia se ha optado en los dos últimos ejercicios por su inclusión de este indicador en el contrato programa.

No se han aportado ninguna información sobre los resultados obtenidos hasta el momento.

ALEGACIÓN Nº 43, AL PUNTO 194 (NO ADMITIDA)

La cobertura del 100 del PDPCM no se alcanzó hasta el año 2008 por lo que no es posible conocer el impacto de dicho programa en la población andaluza hasta que no hayan pasado, al menos 10 años desde esta fecha.

Por otro lado, la evidencia científica ha puesto de manifiesto que la reducción de la mortalidad en un 30% fue sobreestimada cuando se inició el programa hace 20 años.

Aun así, si hemos realizado un estudio transversal para conocer la situación hasta el año 2012.

Breve resumen del estudio**METODOLOGÍA**

Tipo de estudio: Estudio descriptivo trasversal.

Ámbito de estudio: Las ocho provincias de Andalucía y la CCAA andaluza.

Sujetos a estudio:

- **Objetivo 1.** Mujeres residentes en Andalucía en los años 1999 a 2012.

- **Objetivo 2.** Mujeres de 50 a 69 años residentes en Andalucía en el periodo de estudio.

Variables:

- **Objetivo 1.** Tasas brutas de mortalidad por Cáncer de mama en mujeres. El indicador se define como: $((N^{\circ} \text{ de defunciones por Cáncer de mama} * 100.000) / \text{Población})$.

- **Objetivo 2.** Tasas específicas de mortalidad por Cáncer de mama en mujeres de 50-69 años de edad. Para el cálculo del numerador se sumaron las defunciones por grupos de edad quinquenales desde el grupo de 50-54 años hasta el de 65-69 años. De igual modo para el cálculo de los denominadores se sumaron las poblaciones de mujeres de los grupos de edad de los 50-54 hasta los 65-69 años. El indicador se calculó según la fórmula: $(N^{\circ} \text{ de defunciones por Cáncer de mama en mujeres de 50-69 años} * 100.000) / \text{Población de mujeres de 50-69 años}$.

Periodo de estudio: Desde el año 1999 hasta 2012. Aunque la petición de los datos se hizo desde el año 1995, la información que había disponible era a partir del año 1999 hasta el 2012.

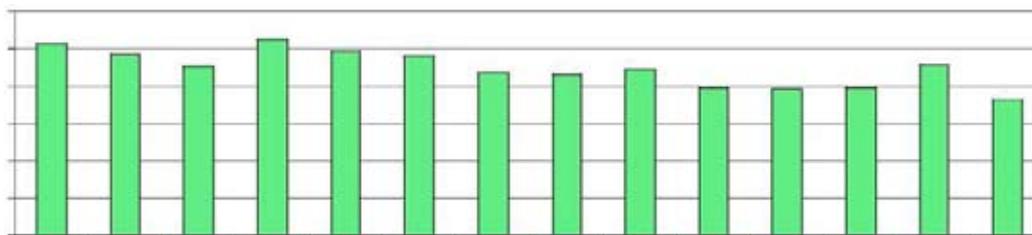
Fuentes de información: Sistema de Información para la Vigilancia de la Salud de Andalucía (SIVSA).

Análisis de datos:

- **Objetivo 1.** Se presentan las tasas brutas de mortalidad por Cáncer de mama que se obtienen de SIVSA. Además se han calculado los valores mínimo, máximo, la media y percentiles 25, 50 y 75 de toda la distribución de datos.

- **Objetivo 2.** Se presentan las tasas específicas de mortalidad por Cáncer de mama del grupo de 50 a 69 años que aporta SIVSA. Se han calculado las mismas medidas que en el Objetivo 1.

Un resumen de dicha información para toda Andalucía se presenta en el siguiente gráfico:

**TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN**

Continúan sin realizarse estudios empíricos y en su lugar se ha realizado un estudio trasversal para conocer la evolución de la tasa específica de mortalidad entre las mujeres entre 50 y 69 años en Andalucía entre los ejercicios 1999-2012.

La alegación presentada afirma que el objetivo de disminución de la mortalidad en un 30% fue sobreestimada cuando se inició el programa.

ALEGACIÓN Nº 44, AL PUNTO 196 (NO ADMITIDA)

Tal y como se ha descrito en el presente informe de alegaciones, el Servicio Andaluz de Salud está trabajando activamente para implementar las recomendaciones propuestas por la Cámara de Cuentas en lo que se refiere al PAI Cáncer de Mama.

Dada la complejidad del desarrollo y puesta en marcha de dichas medidas nos encontramos actualmente en una fase intermedia de implementación de las mismas, por lo que se solicita se modifique la conclusión expuesta en el apartado 196 del informe Provisional, reconociendo el grado de avance obtenido en base a las medidas expuestas.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Desde la fecha de aprobación del informe en el ejercicio 2010, y por tanto en un periodo de 5 años, no ha sido implementada ninguna medida tendente a la corrección de las deficiencias detectadas.

Las medidas correctoras a las que se han hecho referencia en las alegaciones presentadas se refieren a la incorporación de indicadores en el contrato programa 2014/2015, de los que todavía no se dispone de información, y el inicio del diseño de una nueva aplicación informática para la gestión del PDPCM.

Ante esta situación no pueden ser admitidos los argumentos expuestos en esta alegación con motivo de la conclusión final del informe de seguimiento.

ALEGACIÓN GENERAL (NO ADMITIDA)

En base a lo expuesto en el presente informe de alegaciones consideramos que es necesario matizar y completar de forma muy significativa el contenido del informe provisional de la Cámara de Cuentas, dado que su redacción actual ofrece una imagen sobre el nivel de respuesta del Sistema Sanitario Público de Andalucía respecto de las patologías analizadas no ajustada a la realidad.

Respecto del Plan de Atención al Ictus destacamos algunos aspectos generales:

- 1. En diversos puntos del informe se mezclan periodos de tiempo distintos. De esta forma, se valora indistintamente Proceso Ataque Cerebrovascular de 2002, Plan de Ictus 2011-2014, proceso Ictus 2015. Esto lleva a problemas de interpretación.*
- 2. Siguiendo con períodos de tiempo se analiza el ejercicio 2014. Sin embargo, algunas encuestas y cuestionarios se realizados en 2015, analizan dicho periodo y no el ejercicio 2014. Esto es importante porque en este periodo han cambiado conceptos trascendentales en el tratamiento del Ictus, como ya se comenta en el informe.*
- 3. Hace apenas unos meses que se publica la nueva versión del Proceso Ictus. La evidencia sobre la terapia endovascular han sido posteriores a la edición del mismo, por lo que se precisa una actualización específica que se realizará mediante una adenda.*

4. *Ante la limitación de datos objetivos, en el informe se incorporan cuestionarios y encuestas realizados a profesionales por lo que en muchos sus aseveraciones son "juicios de opinión" por lo que consideramos no se deberían utilizar para la realización de conclusiones.*
5. *El cuestionario realizado por la Cámara de Cuentas (CC) incluye datos no disponibles en los sistemas de información por lo que las respuestas pueden no corresponder a la realidad, si no a impresiones de los clínicos. Especialmente aquellos relacionados con los períodos de tiempo.*
6. *Tal vez los tiempos más reconocidos por la evidencia como valorables en relación con la fibrinólisis intravenosa, y con frecuencia conocidos por los profesionales, son el tiempo puerta-aguja (dividido en puerta-TC y TC aguja). Este tiempo muestra el funcionamiento de las diversas estructuras implicadas en la atención a los pacientes. Es recomendable que sea inferior a 60 minutos.*
7. *Se observa que el informe se limita al análisis de los objetivos asistenciales sin comentar los de formación e investigación.*
8. *Si bien, la información del anexo 11, a la que hace referencia el punto 142, no se tiene en cuenta para la realización de las conclusiones y recomendaciones, necesitamos comentar que las cronas que aparecen el citado anexo no se ajustan a la realidad creemos que están infravaloradas, por lo que sugerimos que quite este anexo.*

Igualmente respecto del proceso asistencial integrado cáncer de mama, en las alegaciones se pone de manifiesto que el Servicio Andaluz de Salud está trabajando activamente para implementar las recomendaciones propuestas por la Cámara de Cuentas, por lo que la conclusión relativa a la no implantación de medidas por parte del SAS tampoco se ajusta a la realidad.

Finalmente, es conveniente destacar el contexto cambiante en el que se desarrolla la actividad sanitaria a lo largo de la vigencia de los planes integrales que se diseñan en un momento dado. La Administración Sanitaria Pública moderna se desenvuelve con un gran dinamismo, surgen nuevas patologías que requieren de respuesta de los servicios sanitarios, en un entorno en el que la urgencia ocupa un ámbito muy importante de actuación. Se producen constantes cambios de tecnologías, fármacos y productos sanitarios en un espacio muy corto de tiempo. Aparecen hallazgos y nuevas evidencias fruto de la actividad investigadora. Adicionalmente, hay que tener en cuenta la coyuntura económica de los últimos años que ha afectado a nivel nacional. Todo ello implica que se puedan producir modificaciones tanto de los contenidos iniciales de los planes, como en su grado de implantación. Con esta premisa recibimos las recomendaciones efectuadas por la Cámara de Cuentas en el presente Informe Provisional, dejando constancia expresa de nuestra actitud de mejora continua y evaluación permanente.

Solicitamos pues, sean tenidas en cuenta todas nuestras alegaciones a la hora de confeccionar el Informe Definitivo, de forma que refleje una imagen más ajustada a la realidad.

TRATAMIENTO DE LA ALEGACIÓN

Los argumentos incluidos en la alegación general no hacen referencia a ningún punto concreto del informe de fiscalización, no obstante se trataran de forma individualizada cada una de las consideraciones realizadas por la entidad fiscalizada:

1. En relación a la valoración de periodos de tiempos distintos, efectivamente cada uno de los documentos analizados se publica en un momento distinto, siendo su dilación una de las debilidades que plantea las conclusiones del informe de fiscalización.

Para facilitar la comprensión y lectura del informe de fiscalización, en el epígrafe de introducción se realiza una exposición de los documentos objeto de análisis y en todos los puntos del informe se identifica a qué estrategia concreta se refieren los resultados del trabajo de fiscalización.

2. Todas las encuestas y cuestionarios que forman parte del trabajo, con independencia de la fecha en la que se hayan realizado, van referidas al ejercicio objeto del “alcance temporal de la fiscalización”, es decir, al ejercicio 2014.
3. Respecto a la aprobación de la nueva versión del Proceso Ictus sin incluir los tratamientos endovasculares, se debe tener en cuenta que la efectividad de estos tratamientos quedó demostrada en enero, meses antes a la publicación del nuevo PAI (Ensayo EXTEND-IA: “*El tratamiento endovascular en <4,5h incrementa la mejoría neurológica y el porcentaje de reperusión. De hecho la reperusión favorable ha pasado de un 40% a más de un 80%, incrementándose de un 35% a un 60% de independencia funcional.*” [Campbell BC, et al; *Endovascular Therapy for Ischemic Stroke with Perfusion-Imaging Selection. New England J Med. 2015 Feb 11*]).

De hecho, en documentos similares de otras comunidades autónomas se incluyen los tratamientos endovasculares en el marco de atención sanitaria a pacientes con ictus isquémico.

El propio organismo pone de manifiesto en la alegación que realiza al punto 147 del informe provisional, la intención de modificar las Guías Clínicas para incluir los procedimientos de terapia endovascular. Es decir, se plantea actualmente modificar la versión publicada en abril de 2015, versión que se aprueba después de finalizar la vigencia del Plan (2011-2014) y trece años después de la publicación del proceso asistencial ACV (2002).

4. La falta de datos objetivos viene provocada por no disponer el SSPA de un sistema de información adecuado que permita conocer y medir los indicadores que se incluyen tanto en el plan como en el proceso asistencial.

Respecto a la consideración de las opiniones de los profesionales como juicios de valor, hay que remitirse a lo establecido en las normas de auditoría aplicables para ratificar su validez como prueba válida de auditoría y evidencia adecuada y suficiente. En concreto, en la ISSAI 3000⁵³ *Normas y directrices para la fiscalización operativa: evidencia testimonial obtenida mediante entrevistas o cuestionarios.*

⁵³ Desarrolla la ISSAI-ES 300. Tal como se indica en el punto 29 del informe, los trabajos de fiscalización se han desarrollado de acuerdo con las Normas Internacionales de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (ISSAI).

El análisis de múltiples fuentes independientes ha sido el método utilizado para la confirmación de esta evidencia: Se han mantenido reuniones de trabajo en los responsables sanitarios en los SSCC del SAS, se han enviado cuestionarios y se han realizado pruebas de auditoría en seis hospitales del SSPA. Otra confirmación del contenido ha sido el escrito dirigido por la Dirección General de Atención Sanitaria que ha sido la base de la resolución del Defensor del Pueblo Andaluz de fecha 12 de enero de 2015.

5. Respecto a que el cuestionario realizado por la Cámara de Cuentas *incluye datos no disponibles en los sistemas de información, y que las respuestas pueden no corresponder a la realidad sino a impresiones de los clínicos*, se deben reiterar los mismos argumentos manifestados en el punto anterior. Disponer de los datos e información adecuada de la atención sanitaria prestada es responsabilidad del SSPA y, por otra parte, el trabajo de fiscalización se ha realizado cumpliendo todas las normas y procedimientos aplicables a la auditoría operativa.

Además, las preguntas incluidas en los cuestionarios han sido extraídas de las actividades e indicadores contenidos en los documentos del Plan y el PAI ictus.

6. En este apartado no se exponen argumentos en contra del contenido del informe.
7. En el informe, tal como se expone en el epígrafe de “Objetivos, alcance y metodología” se analizan todos los objetivos relacionados con la materia de fiscalización y que se incluyen en el Plan, en el Proceso asistencial y en el Contrato Programa. En estos documentos no se han incorporado objetivos asistenciales relacionados con la investigación y la formación del Ictus.
8. El contenido de este punto se limita a no aprobar los datos contenidos en el anexo 11 sin aportar información que permita contrastar los motivos por los que *“las cronas que aparecen en el citado anexo no se ajustan a la realidad creemos que están infravaloradas, por lo que sugerimos que se quite el anexo” <sic.>*

Por último, respecto al *Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Mama* se debe recordar que el informe de la Cámara de Cuentas objeto del seguimiento de recomendaciones se realizó en el ejercicio 2010 y sus conclusiones se referían a las actuaciones sanitarias llevadas a cabo en el ejercicio 2009. No se comparte la afirmación del organismo al comprobar, durante la fiscalización del Seguimiento de Recomendaciones, el bajo nivel de implementación cinco años después del ejercicio de referencia.