Los retos sanitarios del sur

Las especiales características de su población, especialmente en Canarias y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, hacen necesaria la adecuación específica de los recursos y el afrontamiento de retos añadidos a los del sistema sanitario general.

La atención sanitaria y sociosanitaria de los problemas de salud que generan la mayor parte de la carga de enfermedad en Andalucía (enfermedades del sistema osteo-muscular y del tejido conjuntivo, del sistema circulatorio, tumores, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades del sistema nervioso y accidentes) exige una planificación de servicios y recursos. Una planificación que debe garantizar la equidad para el conjunto del territorio de Andalucía en el acceso a prestaciones preventivas, de cribados, rehabilitadoras, de procesos asistenciales, cuidados paliativos y a personas cuidadoras de las personas con discapacidad, contemplados en distintos Planes Integrales (Oncológico, Cardiopatías, Diabetes, Tabaquismo, Obesidad, Salud Mental, Accidentalidad, etc.).

Asimismo, la necesidad de ganar años de vida en buena salud, libre de discapacidad o enfermedades crónicas, pone de relieve la importancia de cuestiones como la intervención sobre los determinantes de la salud que se evidencien como las causas de las enfermedades crónicas, que originan la mayor parte de la carga de enfermedad, mediante acciones coordinadas con sectores no sanitarios, así como la profundización en la perspectiva de los cuidados de larga duración y de atención a la dependencia.

Sobre el reto del envejecimiento y su impacto en el crecimiento del gasto sanitario, existe bastante evidencia que afirma que lo que incide en el incremento del gasto es la proximidad a la muerte, más que la edad en sí misma. Aunque depende de con qué grado de salud se produce el envejecimiento.

En la evolución del gasto sanitario, los factores no demográficos (y particularmente la alta tecnología) son un elemento clave en su crecimiento. Factores, entre los que también destacan los precios o costes relativos más elevados de los inputs, el cambio tecnológico incesante, las nuevas prestaciones, una mayor utilización de los servicios o el aumento de la intensidad de recursos por acto médico. Todo ello refuerza la necesidad de que el incremento que se observa en esperanza de vida se acompañe de un aumento progresivo de la esperanza de vida libre de enfermedades crónicas y de incapacidad.

Todos estos aspectos vienen recogidos en el IV Plan Andaluz de Salud, del año 2013, centrado en la prevención y en la mejora real de la salud colectiva, ahondando en el conocimiento de las desigualdades en salud e incorporando progresivamente la estrategia de salud en todas las políticas.

Cambio de tendencia

En los últimos años se observa que el hospital está viendo transformada su actividad con la reducción de los ingresos, estancias y actividad quirúrgica ligada al recurso cama, y su reorientación en la atención a personas en estado agudo. Frente a ello, cobran creciente fuerza las tendencias asistenciales de hospitalización de día y cirugía sin ingresos, más resolutivas y eficientes.

Por otra parte, la cronificación de patologías y la evolución de la oncología (que ha de hacer frente a una mayor incidencia ligada al envejecimiento, y como consecuencia de la disminución de la mortalidad, a una mayor prevalencia), plantea un escenario en el que además de plantearse nuevos desarrollos para gestión de las personas con enfermedades crónicas, podría hacer necesario

Número de médicos colegiados ANDALUCÍA 2014

Menores de 35 años	1.881	4.057	5.938
De 35 a 44 años	2.591	3.869	6.460
De 45 a 54 años	4.304	3.789	8.093
De 55 a 64 años	7.378	3.421	10.799
De 65 a 69 años	1.721	366	2.087
De 70 y más años	2.523	241	2.764
Total	20.398	15.743	36.141

Número de médicos colegiados CANARIAS 2014

Menores de 35 años	496	1.106	1.602
De 35 a 44 años	798	1.199	1.997
De 45 a 54 años	1.193	1.156	2.349
De 55 a 64 años	1.716	862	2.578
De 65 a 69 años	386	82	468
De 70 y más años	552	52	604
Total	5.141	4.457	9.598

Número de médicos colegiados CEUTA 2014

Menores de 35 años	15	27	42
De 35 a 44 años	28	31	59
De 45 a 54 años	52	31	83
De 55 a 64 años	89	17	106
De 65 a 69 años	8	3	11
De 70 y más años	20	2	22
Total	212	111	323

MELILLA 2013

Menores de 35 años	11	19	30
De 35 a 44 años	21	17	38
De 45 a 54 años	58	32	90
De 55 a 64 años	69	17	86
De 65 a 69 años	14	1	15
De 70 y más años	13	1	14
Total	186	87	273

Distribución de hospitales y camas según dependencia funcional ANDALUCÍA

	Hospitales	Camas
Públicos civiles	44,3%	73,3%
Privados con ánimo de lucro	47,2%	19,7%
Privados sin ánimo de lucro	7,5%	6,6%
MCCSS*	0,9%	0,5%

Distribución de hospitales y camas según dependencia funcional CANARIAS

	Hospitales	Camas
Públicos civiles	36,8%	63,0%
Privados con ánimo de lucro	57,9%	33,9%
Privados sin ánimo de lucro	5,3%	3,2%

Distribución de hospitales y camas según dependencia funcional CEUTA Y MELILLA

	Hospitales	Camas
Públicos civiles	100%	100%

*Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales

Fuente: Catálogo nacional de Hospitales 2015.

redimensionar al alza la dotación tecnológica ligada a procedimientos diagnósticos, terapias y exploraciones complementarias de seguimiento clínico, así como potenciar los cuidados de enfermería y la atención sociosanitaria a domicilio o en otros establecimientos.

Necesidades de Servicios Sanitarios

El análisis de las tendencias en la utilización por la población de los servicios sanitarios (junto con la evolución en salud y enfermedad de la población), pueden dar algunas de las claves para identificar cuáles y de qué tipo serán los servicios sanitarios necesarios para atender la demanda y para dar respuesta a las necesidades en salud y atención sanitaria de la población andaluza en la próxima década. Así identifica estas necesidades el IV Plan Andaluz de Salud.

- Adquirirá cada vez más relieve en la mejora de la salud la detección precoz, la prevención y promoción así como la intervención en los determinantes de la salud.
- En Atención Primaria, las mejoras necesarias han de ser más de índole cualitativa que cuantitativa. Será preciso que se adecue a las necesidades de atención a la cronicidad, mediante la coordinación con otros sectores para la actuación sobre los determinantes de las desigualdades de salud, y potenciando su papel en la continuidad de cuidados, así como optimizando su colaboración en la atención sociosanitaria.
- En hospitalización se está registrando claramente una gran transformación: reducción de los ingresos, de las estancias, de la actividad quirúrgica ligada al recurso cama y reorientación en la atención a agudos. Frente a ello, cobran creciente fuerza las tendencias asistenciales de hospitalización de día y cirugía mayor sin ingresos, más resolutivas y eficientes. Los nuevos recursos parecerían más necesarios en la actividad ligada a esta hospitalización de día y a la actividad sin ingresos.
- La cronificación de patologías y la evolución de la oncología está planteando un escenario de redimensionamiento al alza de la dotación tecnológica ligada a procedimientos diagnósticos, terapias y exploraciones complementarias de seguimiento clínico

Distribución del personal en los hospitales 2013

	Andalucía	Canarias	Ceuta y Melilla	Total España
Médicos	12.921	3.655	223	82.721
Médicos Especialistas	7.573	2.219	125	50.513
Especialidades Quirúrgicas	5.348	1.436	98	32.208
Otro personal sanitario	45.431	14.294	795	290.379
Total personal no sanitario	21.624	6.845	387	129.629

Fuente: Estadística de Centros de Atención Especializada Hospitales

La elaboración de folletos informativos en distintos idiomas es una práctica habitual en ambas ciudades, así como en la formación de profesionales

así como la dotación ligada a los cuidados domiciliarios y a la atención a la dependencia originada por este tipo de enfermedades.

- Los resultados positivos de estos últimos años en el uso racional del medicamento han sido muy importantes para la sostenibilidad global del sistema sanitario. De cara a la próxima década, resultará crucial profundizar e incrementar las políticas de uso racional del medicamento en este sentido.
- Sobre el envejecimiento y su eventual impacto en el crecimiento del gasto sanitario, los retos no estarán asociados tanto al envejecimiento en sí mismo como a que el incremento que se observe en la esperanza de vida, se acompañe de un aumento progresivo de la esperanza de vida libre de enfermedades crónicas y de incapacidad, así como a la adecuada gestión de las necesidades asociadas al incremento esperado de las enfermedades crónicas y a la incorporación de las tecnologías.

Plan de Salud de Canarias 2016-2017

Este *"Plan de Salud 2016-2017, entre la crisis y la transformación, para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios"*, que se encuentra todavía en la fase de proyecto, se desarrolla en coherencia con el marco estratégico "Salud

Hospitales según dependencia 2014

	Andalucía	Canarias	Ceuta	Melilla	Total España
Seguridad Social	2	2	1	1	96
Ad. Central	1	-	-	-	2
Min. Defensa	-	-	-	-	4
C. Autónoma	43	6	-	-	166
Diputación o Cabildo	-	5	-	-	14
Municipio	-	1	-	-	14
Entidades públicas	-	1	-	-	41
MCCSS	1	-	-	-	17
Cruz Roja	2	-	-	-	10
Iglesia	7	1	-	-	58
Otro privado benéfico	-	1	-	-	60
Priv. No benéfico	50	21	-	-	305
Totales	**106**	**38**	**1**	**1**	**787**

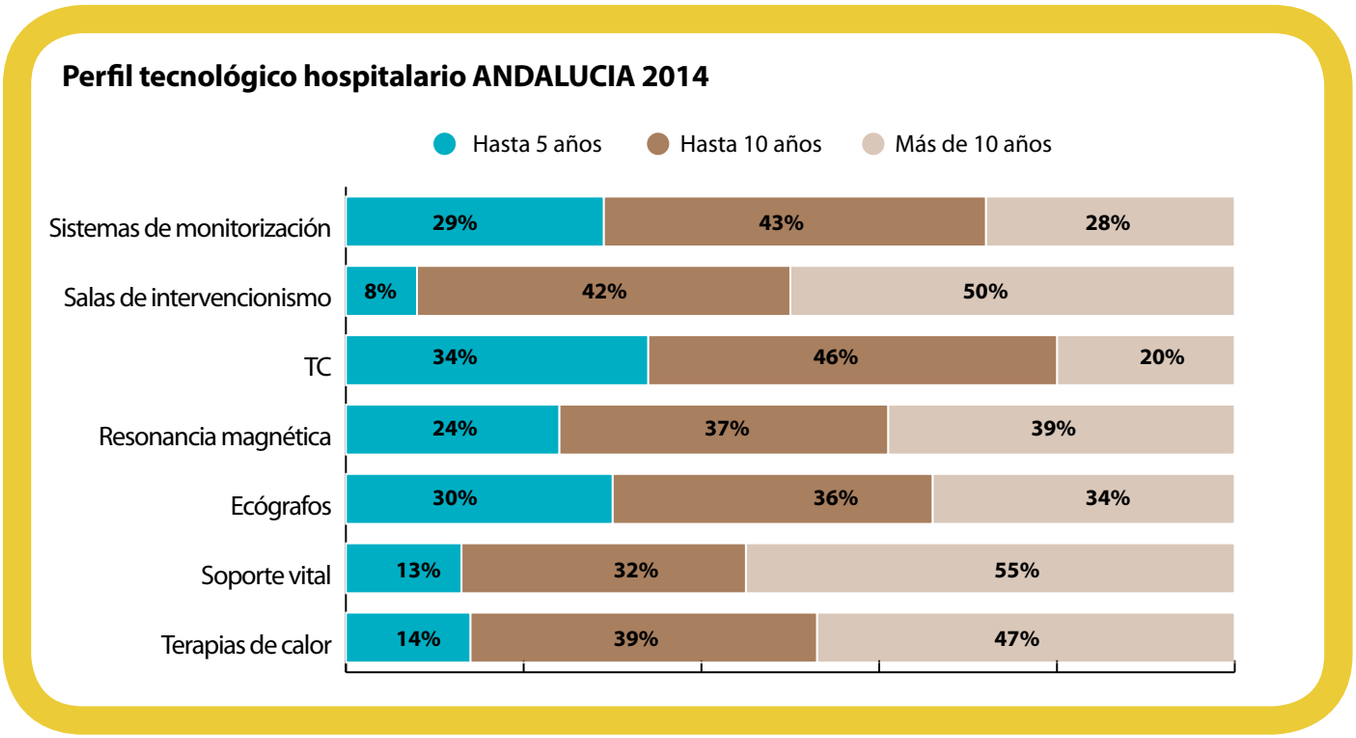
Camas instaladas por dependencia patrimonial 2014

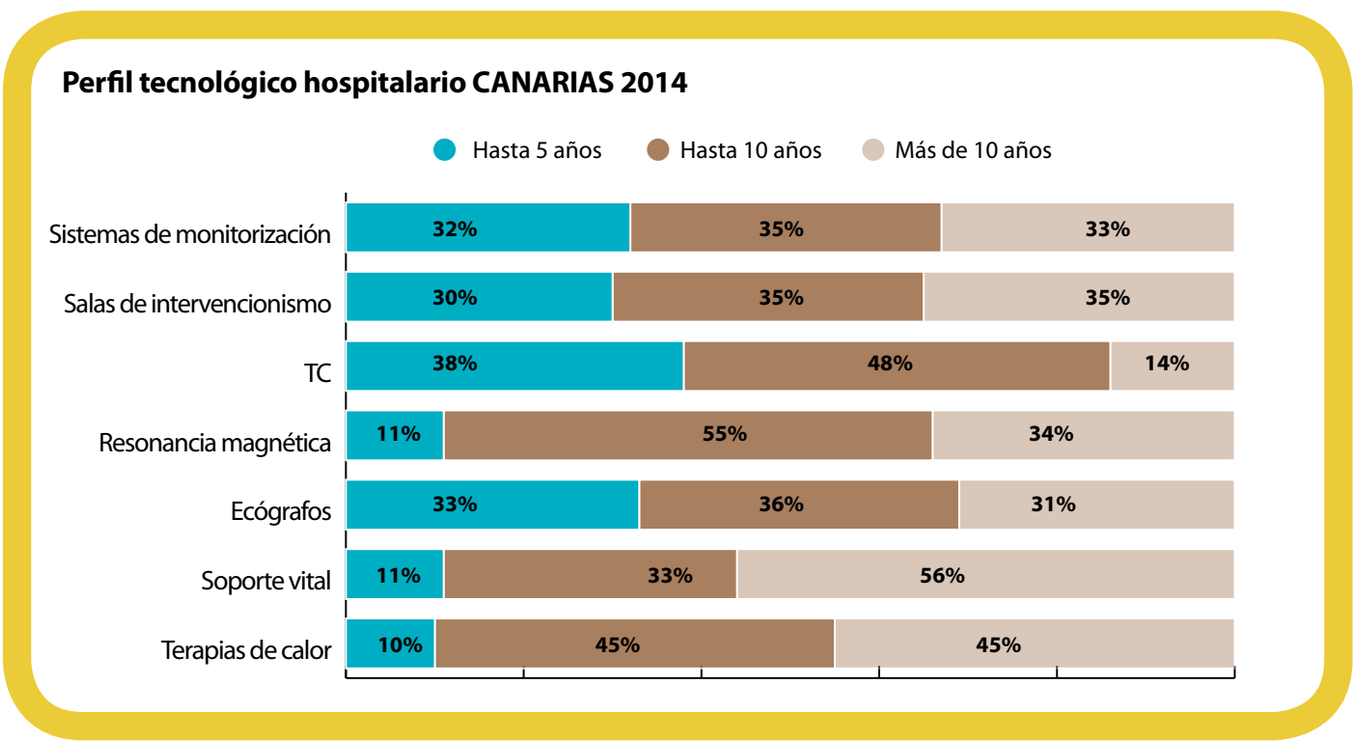
	Andalucía	Canarias	Ceuta	Melilla	Total España
Seguridad Social	1.239	1.194	252	170	39.243
Ad. Central	26	-	-	-	458
Min. Defensa	-	-	-	-	934
C. Autónoma	13.824	2.090	-	-	42.951
Diputación o Cabildo	-	644	-	-	2.205
Municipio	-	146	-	-	2.175
Entidades públicas	-	871	-	-	19.364
MCCSS	102	-	-	-	1.151
Cruz Roja	177	-	-	-	1.331
Iglesia	1.396	172	-	-	11.557
Otro privado benéfico	-	69	-	-	7.644
Priv. No benéfico	4.105	2.434	-	-	30.284
Totales	**20.869**	**7.620**	**252**	**170**	**159.297**

Indicadores de gasto 2013

	Andalucía	Canarias	Ceuta y Melilla	Total España
Total compras	5.704.755.472	1.917.796.929	127.952.455	39.786.417.941
Gasto por habitante	680	910	762	854
Gasto por cama*	155.172	182.227	190.375	165.402
Gasto por alta*	3.770	6.082	4.781	4.441
Gasto por estancia*	457	521	623	483

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada Hospitales- SIAE 2013
UPA: Unidad Ponderada Asistencial





2020" de la OMS-Europa, el "Plan de Calidad del Sistema Nacional 2010", y como continuidad de los anteriores planes de salud desarrollados en esta Comunidad Autónoma. Los valores y los principios en los que se fundamenta son: la universalidad, la equidad y la solidaridad; y que ha de ser desarrollado mediante atributos que son específicos del buen gobierno: rendición de cuentas, transparencia, responsabilidad, participación, eficiencia, calidad, seguridad, y garantía de respuesta a las necesidades de los ciudadanos.

A partir de 2010, y motivado por la crisis económica como en el resto del Estado, Canarias ha tratado de mantener unos presupuestos en sanidad acordes con las necesidades en un escenario de enorme dificultad. Desde ese año, el gasto sanitario público por población protegida y per cápita, presenta una tendencia descendente pasando, desde los 1.494 euros del año 2009 a 1.252 en el 2012, mientras que el descenso en la media de las Comunidades Autónomas de España pasa de 1.511 a 1.311 euros, respectivamente.

Médicos vinculados según especialidad. 2012

	Andalucía	Canarias	Ceuta y Melilla	Total España
Total médicos	**12.921**	**3.655**	**223**	**82.721**
Anestesia y Reanimación	933	252	14	6.244
Aparato Digestivo	360	101	5	2.129
Cardiología	352	113	7	2.474
Medicina Intensiva	450	136	12	2.495
Neurología	197	83	6	1.692
Pediatría	674	139	10	3.859
Psiquiatría	576	150	6	3.844
Rehabilitación	249	84	2	1.495
Resto médicas y S.Centrales	3.782	1.161	63	26.281
Total Especialidades médicas	7.573	2.219	125	50.513
Angiología	62	37	-	639
Cirugía Cardiaca	57	14	-	322
Cirugía General	619	156	11	3.895
Cirugía Oral y Maxilofacial	84	27	-	468
Traumatología	687	214	12	4.664
Cirugía Pediátrica	67	22	-	373
Cirugía Plástica	64	32	-	461
Cirugía Torácica	37	19	-	256
Dermatología	189	65	3	1.249
Neurocirugía	81	45	2	558
Obstetricia y Ginecología	769	209	17	4.484
Oftalmología	514	124	9	2.915
ORL	308	93	6	1.942
Urgencias	1.535	302	32	8.158
Urología	275	77	6	1.824
Total Especialidades quirúrgicas	**5.348**	**1.436**	**98**	**32.208**

Principales resultados actividad asistencial. 2013

	Andalucía	Canarias	Ceuta y Melilla	Total España
Nº hospitales	**102**	**36**	**2**	**764**
Camas en funcionamiento	18.406	6.560	345	138.153
Pacientes ingresados	752.983	195.753	13.553	5.185.971
Pacientes dados de alta	757.535	196.558	13.737	5.145.075
Estancias causadas	4.779.612	1.951.910	82.415	38.936.897
Consultas totales	14.924.140	4.201.683	204.688	92.174.927
Urgencias totales	5.420.231	984.416	116.257	26.297.730
Actos quirúrgicos	800.322	164.703	8.918	4.917.274

No obstante, en términos relativos, y a pesar de presentar un PIB per cápita inferior al del Estado, Canarias ha dedicado un porcentaje del PIB per cápita en salud superior al promedio de España; 6.3% en el año 2012 respecto al 5.8% respectivamente. Además, y como expresión de la prioridad que la Comunidad Autónoma otorga a la sanidad, el presupuesto dedicado al gasto sanitario en 2016, de 2.639.546.033 €, que se incrementa en el 0,96 % respecto al 2015 y alcanza el 42,05% del presupuesto total del Gobierno, que es el porcentaje más alto dedicado a sanidad, en la historia de la Autonomía.

Teniendo en cuenta todas esas circunstancias, algunos de los principales avances conseguidos son:

- El Servicio Canario de la Salud ha contribuido a elevar entre los canarios el prestigio y la aceptación de los servicios sanitarios públicos, a un coste razonable, en relación al gasto sanitario público de los países de la Unión Europea.
- Se dispone de una moderna infraestructura sanitaria propia del SCS, integrada por 9 Hospitales (4 de ellos Universitarios), 14 Centros de Atención Especializada (CAE), 2 Unidades de Rehabilitación Activa (URA), 2 Hospitales de Día Infanto-Juvenil, 263 Centros de Atención Primaria (Centros de Salud y Consultorios Locales), 28 Unidades de Salud Mental Comunitarias y 74 dispositivos de Urgencia de Atención Primaria (Servicios Normales y Especiales de Urgencia y Puntos de Atención Continuada).
- En este período, a partir de 2008, se producen avances significativos en la informatización de los servicios sanitarios y en la interoperatividad

Financiación de actividad asistencial 2013

	Andalucía	Canarias	Ceuta y Melilla	Total España
Altas totales	757.535	196.558	13.737	5.145.075
%Financiadas por el SNS	79,10%	78,99%	82,90%	80,20%
Estancias totales	4.779.612	1.951.910	82.415	38.936.897
%Financiadas por el SNS	87,65%	89,25%	83,19%	87,66%
Consultas totales	14.924.140	4.201.683	204.688	92.174.925
%Financiadas por el SNS	84,17%	78,51%	98,87%	85,08%
CMA Total	276.949	44.287	2.504	1.543.092
%Financiadas por el SNS	83,10%	77,56%	98,12%	80,18%
Urgencias totales	5.420.231	984.416	116.257	26.297.730
%Financiadas por el SNS	79,46%	67,82%	80,88%	77,67%
Hospital de día sesiones totales	621.641	122.091	4.979	5.226.549
%Financiadas por el SNS	96,25%	97,36%	100,00%	94,73%
Hospitalización a domicilio visitas totales	9.085	1.023	-	97.151

Atención Primaria-Atención Especializada; se implantó la Historia Clínica y la Receta Electrónica Continua en todas las islas; se realizaron más de 20 proyectos de infraestructuras por valor de más de 30 millones de euros, en obras terminadas y en ejecución; se integró el Hospital Universitario de Canarias en el Servicio Canario de la Salud; entró en funcionamiento, en el Hospital Doctor José Molina Orosa de Lanzarote, un nuevo servicio de urgencias, con 20 boxes; y en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Gran Canaria se han inaugurado nuevas estructuras en las que destaca un nuevo Bloque Quirúrgico, con 8 quirófanos. Asimismo, se acreditaron los laboratorios de Salud Pública, de las Áreas de Salud, por la Entidad Nacional de Acreditación (ENAC).

Continuidad y cambio

El Plan de Salud de Canarias pretende generar una primera línea de continuidad, basada en los avances alcanzados. La otra, a medio plazo, iniciando estrategias innovadoras en el proceso de planificación y gestión de algunas áreas de actividad, haciendo compatible una necesaria modernización con el mantenimiento de los programas y estrategias ya existentes una vez evaluados, que proporcionen resultados positivos a la salud de la población canaria y a la organización del sistema sanitario.

Sobre la base de los valores y misión del Servicio Canario de la Salud, del modelo referido y las aportaciones de los grupos de expertos en este proceso de planificación, las principales líneas de avance que se establecieron fueron las siguientes:

- Influir sobre los determinantes de la salud.
- Cambios en modelo asistencial. Reorganización de los servicios de salud centrada en los y las pacientes y en la integración de servicios (actuaciones sobre la oferta).
- Promover la igualdad y el respeto a la diversidad, así como una atención sanitaria que contemple las diferencias entre mujeres y hombres y la incidencia de las variables de género en los procesos de salud-enfermedad, atención y acceso a los servicios.
- Mayor participación y responsabilización ciudadana; educación y autogestión de pacientes/usuarios y usuarias (actuaciones sobre la demanda).
- Fortalecer los procesos de gestión clínica y participativa; la participación comunitaria y el papel de los Consejos de Salud, apostando por la transparencia en la gestión.
- Promover la abogacía para la "Salud en todas las Políticas"
- Evaluaciones de Impacto en Salud (EIS) para influir sobre políticas intersectoriales.

La prevalencia de factores de riesgo asociados a una gran parte de las enfermedades crónicas está en aumento en Canarias. Problemas como la elevada prevalencia del sedentarismo; el incremento de las tasas de sobrepeso y obesidad; el hábito de fumar y su reflejo en el incremento de las tasas de mortalidad por diabetes o de cáncer de pulmón, son ejemplos de tendencias que suponen un enorme desafío para el desarrollo de la salud y la gestión de los servicios sanitarios. Numerosos estudios indican que el 48% de las muertes son debidas al tabaco, alcohol, dieta inadecuada, falta de ejercicio físico, accidentes de tráfico y prácticas de sexo sin protección.

De las causas de mortalidad evitables en Canarias, que suponen el 24,4% de las personas fallecidas en el período 1981-2005, seis de cada diez se deben a causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS), entre las que destacan la enfermedad isquémica del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. El resto, cuatro de cada diez, son debidas a causas susceptibles de intervención por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI), destacando el cáncer de tráquea, bronquios y pulmón, resto de causas externas y los accidentes de tráfico. Estas causas IPSI dependen de factores relacionados con los cambios de hábitos y de la acción interinstitucional e intersectorial sobre los determinantes, tanto individuales como ambientales y sociales de la salud.

Por tanto, comprender las relaciones de causalidad entre el medio ambiente y la salud de las personas, y disponer de la información necesaria para reforzar la capacidad de las instituciones canarias para desarrollar una estrategia institucional y comunitaria bien coordinada y en el territorio, constituye una prioridad en el desarrollo de la salud, entendida como calidad de vida. Dicha estrategia deberá basarse en el aumento de la coordinación interinstitucional y la acción intersectorial, de la utilización y desarrollo de los instrumentos jurídicos necesarios y la evaluación continua de la situación así como de la mejora del nivel de

conciencia de la población, y en particular de los niños, tanto en la promoción de valores asociados al modo de vida como de la importancia de la protección y conservación del medio ambiente para la protección y promoción de la salud.

Ceuta y Melilla. Ingesa

La Administración Central del Estado mantiene, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) la gestión de la asistencia sanitaria en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

Además, la situación geográfica de los centros sanitarios del INGESA, en relación con la frontera, posibilita una mayor demanda de los desplazados de otras Comunidades Autónomas españolas que se encuentran en Marruecos, y de los transfronterizos.

El impacto que la población carente de cobertura sanitaria produce en los servicios sanitarios de las ciudades de Ceuta y Melilla se da, prioritariamente, en las siguientes áreas: Urgencias, Obstetricia, Neonatología/Pediatría, Diálisis, Atención Primaria (Urgencias), y Servicios Sociales de ambos niveles asistenciales.

Para dar cumplimiento en Ceuta y Melilla al Real Decreto 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, así como poner en marcha el procedimiento común de reembolso automático acordado por el Consejo Interterritorial del SNS en junio de 2012, el Director del INGESA, mediante Resolución de 11 de enero de 2013, estableció el procedimiento de reembolso del exceso de aportación farmacéutica a los usuarios que ostenten la condición de asegurados pensionistas así como por sus beneficiarios. Poniéndose en marcha, en enero de 2013, el procedimiento referido al reembolso del copago farmacéutico y, en octubre de 2013, el del copago hospitalario en la dispensación de los medicamentos incluidos en la Resolución de 10 de septiembre de 2013 del Director General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia.

Para la implantación de la Receta Electrónica (RE) se firmó, en abril de 2013, una adenda al Concierto vigente entre el INGESA y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, estableciéndose las condiciones de dispensación y de facturación de las prescripciones realizadas a través de RE en Ceuta y Melilla, implantándose a partir de esa fecha esta nueva modalidad de receta oficial. En 2013 alcanzó la implantación total en Atención Primaria, teniendo pendiente iniciarlo en Atención Especializada. Además, en diciembre de 2013, el 100% de las oficinas de farmacia tenían implantada la Receta Electrónica.

Demanda real

Por todo lo expuesto anteriormente, en INGESA, los recursos y actividades puestos al servicio de dicha población están configurados para la demanda real existente y contemplan año tras año la demanda asistencial que se produce, especialmente en algunas áreas de usuarios provenientes de la población de la zona limítrofe de Marruecos, así como de la población no española residente o transeúnte en las Ciudades Autónomas, y las personas que, a través de los servicios públicos (Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes, CETIs, Ciudad Autónoma) y no públicos (ONGs) demanda asistencia, siempre que concurran las circunstancias recogidas en las leyes reguladoras.

La población atendida en los Centros sanitarios de Ceuta y Melilla no se limita a la de derecho, sino también la población no española residente o transeúnte

En este sentido, los Contratos de Gestión de INGESA con las Áreas Sanitarias Únicas y las Direcciones Territoriales en Ceuta y Melilla establecen los recursos asignados y los volúmenes de actividad para el ámbito de estas dos ciudades. Paralelamente, se analizan las principales causas de morbi-mortalidad y los problemas de salud prevalentes, existiendo protocolos de actuación específicos para inmigrantes, dado el peso tan importante que tiene su atención.

Los programas de salud se establecen siguiendo las recomendaciones contenidas dentro de las Estrategias de Salud para el SNS, que incluyen medidas dirigidas especialmente a fomentar la participación y el acceso a las prestaciones de toda la población, teniendo en cuenta sus características socio-culturales. Para ello, se recurre a mediadores culturales y, sobre todo, lingüísticos, como traductores.

Para afrontar las dificultades que plantean las barreras culturales e idiomáticas, se intenta implicar a los líderes de la propia comunidad en actividades educativas y de promoción de la salud. Estos mediadores culturales realizan un papel de enlace entre las personas inmigrantes y el sistema sanitario, facilitando el conocimiento por los inmigrantes de la estructura sanitaria y de la oferta de servicios. Además los Hospitales de Ceuta y Melilla cuentan con sistemas de traducción a más de 30 idiomas y dialectos, incluyendo particularmente lenguas limítrofes y subsaharianas.

Son fundamentalmente los servicios de atención primaria quienes mayor esfuerzo están realizando para adaptar su oferta a las necesidades de la población inmigrante y asegurar la eficacia en la consecución de sus objetivos preventivos, de promoción de la salud y asistenciales. En este sentido, el impulso, desde los organismos administrativos sanitarios así como desde las sociedades científicas, de acciones y programas multidisciplinarios de formación para los profesiones sanitarios, elaboración de guías clínicas y protocolos de actuación, así como la mejor interrelación con los servicios de atención especializada permiten asegurar una asistencia integral a las personas inmigrantes.

Los principales problemas a los que se ha enfrentado INGESA para dar las prestaciones de la que es garante son: la dificultad de contratar médicos, la transitoriedad de las plantillas de profesionales dadas las especiales circunstancias de trabajo (aislamiento profesional, jornadas laborales con localización/guardias permanentes o muy frecuentes, etc.), la necesidad de crecimiento de las estructuras y dispositivos sanitarios en mayor medida que el presupuesto disponible, la falta de equidad en el acceso a determinados recursos sanitarios de la población protegida, dada la situación geográfica, etc. ✚