

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013

*Informes elaborados por las
Comunidades Autónomas e
INGESA*

Introducción

El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2013 se completa con este Anexo que contiene informes individualizados redactados por las comunidades autónomas e INGESA en los que se relatan las estrategias y medidas llevadas a cabo durante el año 2013 en relación a la eficiencia, la calidad y en términos globales la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Agradecemos la colaboración prestada por los interlocutores de las comunidades autónomas e INGESA en la confección de este Anexo del Informe Anual del Sistema Nacional de Salud.

Interlocutores con las Comunidades Autónomas e INGESA:

Andalucía

Martínez Jiménez, Remedios

Aragón

Arribas Monzón, Federico

Principado de Asturias

Margolles Martins, Mario Juan

Illes Balears

Castaño Riera, Eusebio

Canarias

Rodríguez Delgado, María Teresa

Cantabria

Ortega Mendi, Manuel

Castilla y León

Rosell Aguilar, Ignacio

Castilla - La Mancha

García Sánchez, Miguel Ángel

Cataluña

Colls Guerra, Cristina

Comunidad Valenciana

Tamarit Moradillo , Francisco Javier

Extremadura

Vázquez Mateos, Julio

Galicia

López Rois, Francisco José

Comunidad de Madrid

Calvo Pérez, Pilar

Región de Murcia

Parra Hidalgo, Pedro

Comunidad Foral de Navarra

Merino Díaz de Cerio, Antonio

País Vasco

Ansotegui Elordi, Fátima

La Rioja

Cestafe Martínez, Adolfo

INGESA

Blasco Galán, Antonia

Informe anual
del Sistema Nacional
de Salud 2013
Andalucía



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	2
Resumen	3
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	4
1. Garantizar la Equidad.....	5
1.1. Garantizar los derechos. Accesibilidad.....	5
1.2. Adaptación de los Planes Integrales, para garantizar la equidad y sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)	5
1.3. Estrategias de ordenación territorial	9
2. Eficiencia en la gestión sanitaria.....	10
2.1. Modelo organizativo: Unidades de Gestión Clínica.....	12
2.2. Hospitales de Alta resolución	14
2.3. Alternativas a la hospitalización tradicional en el SSPA.....	15
2.4. Implantación de Sistemas de información.....	16
2.5. Estrategias relacionadas con el uso racional del medicamento.....	17
2.6. Modelo centralizados de Compras.....	19
2.7. Sistema Integral de Gestión Ambiental del SSPA.	21
3. Transparencia	22
3.1. Participación ciudadana	22
3.2. Salud Responde	22
3.3. ClicSalud (Historia Clínica Digital).....	24
4. Calidad como estrategia en el SSPA.....	25
4.1. Seguridad del Paciente.....	27
4.2. Estrategia de Cuidados.....	28
4.3. Plan Estratégico de Formación Profesional SSPA	30
4.4. Acreditación Profesional y de centros	31
5. I+D+i para la Sostenibilidad del SSPA.....	32
5.1. Ciudadanos.....	32
5.2. Profesionales	33
Índice de gráficos	37
Abreviaturas, acrónimos y siglas	38

Demografía y entorno económico

	Andalucía	España	Fuente
Población	8.387.246	46.593.236	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	49,5	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	50,5	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	16,5	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	67,7	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	15,7	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	9,7	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	6,6	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

El desarrollo alcanzado por Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) en los últimos 20 años, ha determinado que, prácticamente, todos los problemas de salud de los ciudadanos puedan ser atendidos en nuestro territorio, con altos niveles de calidad y seguridad.

En este sentido la Consejería de Igualdad, Salud y Política Social, ha determinado como pilares básicos en su gestión, garantizar la igualdad/equidad en su prestación, con independencia del lugar geográfico, del género, nivel de renta, edad o cualquier otra dimensión, es decir atender y promover la salud de toda la población.

Además, de seguir avanzando en la eficiencia y en la sostenibilidad como una perspectiva esencial de los servicios públicos de salud y de protección social, sin olvidar el impulso al desarrollo profesional y el impulso a la investigación, que consolide un modelo de innovación, un modelo productivo distinto, más sostenible y solidario.

Es por ello, que vamos a utilizar instrumentos que nos permitan, una mayor racionalización del gasto, y hacer que nuestro sistema sea más sostenible, sin perder la calidad de nuestras prestaciones. Concretamente nos basaremos en las iniciativas de, subasta de medicamentos o la selección de alternativas terapéuticas de dispensación hospitalaria, así como, la compra centralizada, el uso de las nuevas tecnologías, Receta XXI, Salud Responde, la historia clínica digital y el ahorro energético en las infraestructuras sanitarias, seguirán estando también entre nuestros objetivos.

Todo ello, enmarcado en un contexto de gobierno abierto, donde la potenciación de la transparencia, el acceso a la información y la participación ciudadana son claves de nuestro sistema.

Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013

La Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales forma parte de un gobierno firmemente comprometido con las políticas sociales, con la protección de los derechos conquistados por la ciudadanía andaluza, propiciar la igualdad efectiva entre mujeres y hombres y especialmente con los sectores de población más vulnerable.

Las políticas que se enmarcan en esta Consejería tienen como rumbo fijo los modelos del Estado del Bienestar, apoyado sobre los pilares de la sanidad y la educación universales y públicos, las pensiones y la garantía de acceso a los servicios sociales básicos. El objetivo por tanto es la defensa de estos pilares y la construcción de una sociedad que se rija por los principios de la solidaridad, la igualdad y la equidad.

La Consejería fundamenta la defensa del modelo social en la globalidad, la transversalidad y el trabajo integral y coordinado en los ámbitos de la igualdad, la sanidad, los servicios sociales y la atención a la dependencia, preservando el espacio y las particularidades de cada uno los dos sistemas que la conforman: el Sistema Sanitario Público y el Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía.

En este marco, la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales mantendrá el firme compromiso adquirido con la firma del Pacto por la Igualdad de Género, consolidará el carácter público, universal y gratuito del sistema sanitario y lo blindará contra afanes de privatización o de inclusión de barreras económicas para el acceso a los servicios, y promoverá y garantizará el derecho universal de todas las personas a las prestaciones y servicios sociales, en condiciones de igualdad, con el fin de alcanzar su pleno desarrollo individual y social.

En su gestión, la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales tiene un interés especial en establecer la interlocución, el diálogo y el consenso como rasgos característicos de su forma de relación con la ciudadanía y sus representantes. Así mismo, llevar a la práctica el principio de Gobierno Abierto, a través de los mecanismos de transparencia y participación.

La Consejería asume el compromiso de situar la igualdad de oportunidades y la igualdad de género en el centro de toda política andaluza como un área transversal que impregne todas sus actuaciones, y de la misma manera, apuesta por la empleabilidad de los y las jóvenes, por su emancipación, por sus derechos de ciudadanía, por su educación, por su salud y por su desarrollo integral en condiciones de igualdad.

Por otra parte, la Consejería apuesta por reforzar el Sistema Sanitario Público como derecho social y la búsqueda de los espacios de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios tan importantes para la atención de las necesidades de las personas a las que se prestan servicios desde los dos sistemas.

Mantener el sistema sanitario como sistema público, universal y de calidad es uno de los retos de esta consejería que se traduce en acciones concretas en su defensa frente a las tentativas de convertirlo en un sistema de aseguramiento o de privatización de los servicios, y a su vez, de mejora de la eficacia y la eficiencia en la lucha por la sostenibilidad.

Las principales líneas de actuación de la consejería se basan en avanzar en la eficiencia y la sostenibilidad de los servicios públicos de salud y protección social; *Garantizar los derechos, Garantizar prestaciones, Recursos y servicios de salud y bienestar social; Impulsar el desarrollo profesional; potenciar la transparencia y el acceso a la información e impulsar la investigación.*

1. Garantizar la Equidad

1.1. Garantizar los derechos. Accesibilidad

La mejora en el acceso a la atención sanitaria es una de las principales demandas de los pacientes y de la población en general. El acceso se traduce en el uso adecuado y a tiempo de los servicios sanitarios para alcanzar los mejores resultados de salud. Un sistema sanitario de alto valor 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. La Comunidad Autónoma de Andalucía tiene una larga experiencia en garantizar a los ciudadanos los derechos en tiempos de respuesta asistencial, para el acceso a sus servicios sanitarios.

Para poder garantizar a los ciudadanos estos plazos de respuesta, es necesario la implicación de la organización a todos los niveles, para ello se incluyen en los contratos programas de los centros distintos objetivos ligados al cumplimiento de los decretos de garantía.

1.2. Adaptación de los Planes Integrales, para garantizar la equidad y sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

1.2.1. Plan Integral de Oncología

El plan integral de oncología, ha centrado sus medidas en los siguientes programas:

- Diseño del cribado de cáncer colorrectal en Andalucía, programa poblacional dirigido a todas las personas con edades comprendidas entre 50-69 años.
- Mantenimiento y evaluación de los programas de cribado de cáncer de mama y cáncer de cérvix.
- Implantación de Unidades de Tratamiento Quimioterápico en hospitales comarcales. Actualmente en todos los hospitales comarcales del SAS están implantadas las Unidades de Tratamiento Quimioterápico.
- Desarrollo de un plan de equipamiento y renovación tecnológica que ha permitido un acceso equitativo a la alta tecnología (radioterapia) en todas las provincias de la comunidad autónoma.
- Foro de Pacientes: Desde el año 2010 un foro en Internet a través del que pueden formular a especialistas en oncología sus dudas sobre la enfermedad. Está enmarcado en la página web: www.onconocimiento.net.

- Creación de un registro andaluz de cáncer cuya información permite conocer los datos de incidencia y mortalidad de los tumores más prevalentes en toda la comunidad autónoma.

1.2.2. Plan Integral de Obesidad Infantil

El Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía desarrolla diversas líneas de trabajo para garantizar la equidad:

- Creación de una red de profesionales para superar las barreras geográficas de acceso a la información y a la formación de los profesionales implicados en el manejo de la obesidad infantojuvenil.
- Diseño e implementación de un plan de formación de profesionales sanitarios sobre control de la obesidad infantojuvenil en Andalucía.
- Elaboración y difusión de protocolos de intervención en obesidad infantil.
- Normalización y extensión de la atención a la población infantojuvenil con exceso de peso.
- Incorporación del enfoque de desigualdades en las iniciativas y estrategias que se desarrollan tanto a nivel de prevención como de asistencia.
- Colaboración con asociaciones de pacientes y familias con enfermedades crónicas y/o discapacidad.
- Cribados de Índice de Masa Corporal en centros educativos.

1.2.3. Plan Andaluz de Ictus

Las líneas más relevantes abordadas por este plan se caracterizan por:

- Definición del mapa de recursos
 - Equipo de ictus: Todos los hospitales del SSPA
 - Unidad de ictus: Al menos un hospital por provincia
 - Unidad de referencia para ictus complejos: Dos unidades para las provincias de Andalucía Occidental y Oriental
- Actualización del Proceso Asistencial Integrado Ictus (en relación con las distintas Estrategias y Planes de Andalucía)

1.2.4. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos

Este plan desde su funcionamiento ha basado sus pilares en los siguientes modelos:

- Modelo de atención compartida en cuidados paliativos, entre los diferentes recursos asistenciales a través de la implantación del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos.
- Implantación de la Plataforma de Telecontinuidad que garantiza la continuidad asistencial del paciente y su familia en horario de discontinuidad a través de Salud Responde en coordinación con el Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias Sanitarias. Hasta el momento ha sido utilizada por 5300 pacientes.

1.2.5. Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía

La estrategia de Bioética ha desarrollado procesos e instrumentos que han hecho efectiva la aplicación del marco ético y jurídico de los derechos y responsabilidades reconocidos a la ciudadanía en el SSPA, en relación a:

- La protección de la dignidad de las personas en el proceso de muerte, a través de la difusión de los contenidos establecidos en la Ley 2/2010, de 8 abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte de Andalucía y desarrollo de herramientas de ayuda para la toma de decisiones (edición en 2011 del documento de "Recomendaciones para la elaboración de protocolos de atención sanitaria a personas que rechazan la terapia con sangre o hemoderivados", edición en 2014 de "Recomendaciones para la elaboración de protocolos para la limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos")
- Mejoras para la atención al final de la vida, como impulsar el desarrollo de procesos de Planificación Anticipada de las Decisiones (PAD) (edición en 2013 de una Guía de Apoyo para profesionales en PAD) y el ejercicio de la Voluntad Vital Anticipada (elaboración y publicación en 2012 de un nuevo Decreto regulador del Registro de Voluntad Vital Anticipada, y con el desarrollo y puesta en marcha de lo establecido en el mismo).

1.2.6. Programa integral de prevención, control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de los antimicrobianos PIRASOA

Se ha diseñado el Programa integral de prevención, control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de los antimicrobianos (PIRASOA) para su aplicación en el conjunto del SSPA en su conjunto.

Se han constituido 89 equipos locales en toda la red asistencial, tanto en la atención primaria como especializada., 21 Distritos de Atención Primaria, 22 Hospitales, 7 Áreas de Gestión Sanitaria y 7 Agencias Públicas Sanitarias.

Sus objetivos principales son la reducción de la incidencia de IRAS (Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria) y la optimización del uso de antimicrobianos.

1.2.7. Plan Andaluz de Atención a personas con Enfermedades Raras

En el marco de las actuaciones a personas con enfermedades raras se han priorizado cuatro líneas:

1. *Cribado ampliado* neonatal de metabopatías para todos los recién nacidos en Andalucía (2010)(desde 1978 se realizaba para dos enfermedades: hipotiroidismo y fenilcetonuria). Se detectan hasta 30 enfermedades.
- Prueba del talón mediante "muestra única" de sangre (mayo 2011, afecta cada año a aprox. 100.000 recién nacidos y sus familias), introducción del cribado de Fibrosis Quística en el Programa de Cribado Neonatal (junio 2011).

2. *Designación de Unidades de Referencia* para algunas Patología Raras de especial impacto:

- Unidades de Fibrosis Quística del SSPA, Unidad de Referencia de Porfirias del SSPA, y Unidad de Referencia de Esclerosis Lateral Amiotrófica del SSPA, en la Unidad de Gestión Clínica Multicéntrica de Neurociencias, Hospitales Virgen Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla (el itinerario clínico y protocolos se están completando desde 2011).
- La creación y puesta en funcionamiento de estas Unidades han permitido una asistencia más eficiente y una mayor equidad en el acceso para todos los afectados, evitando diferencias entre la atención que reciben los usuarios en cada una de sus provincias, logrando disminuir la variabilidad en la práctica.

3. *Medicamentos huérfanos*

El PAPER (Plan Andaluz de Atención a personas con Enfermedades Raras) ha trabajado con el Plan de Farmacia y con los responsables de Farmacia de Asistencia Sanitaria, junto con las Asociaciones de pacientes y FEDER en disminuir la inequidad en el acceso al tratamiento con medicamentos huérfanos

- Destacar el Desarrollo del Comité de Armonización de Medicamentos de Alto Impacto (aunque no es específico de enfermedades raras).
4. *Diseño de la página web* de enfermedades raras del SSPA, en el portal de salud de la Consejería de Igualdad, Salud y políticas Sociales (accesible a profesionales y la ciudadanía desde febrero de 2011).

1.2.8. Plan Integral de Diabetes

La madurez alcanzada en el desarrollo del Plan Integral de la diabetes en los diferentes ámbitos de nuestra organización, ha hecho posible que las líneas de actuación durante 2013 se basen fundamentalmente en la consolidación de prevención y promoción de esta patología, fomentando:

- Extensión de la atención en régimen de *Hospital de Día de Diabetes* a todas las provincias de Andalucía. Su puesta en funcionamiento ha supuesto reducir a más de la mitad los ingresos hospitalarios directamente relacionados con esta patología.
- Plan de *Formación en Educación Diabetológica en red*, dirigido a garantizar la existencia de profesionales de medicina y enfermería con competencias específicas en esta actividad en todos los centros sanitarios de Andalucía, tanto de atención primaria como de atención hospitalaria.
- Coordinación a nivel global del *proyecto europeo PALANTE* e implantación del piloto andaluz en las personas con diabetes. El proyecto se orienta globalmente a conseguir una mayor participación y corresponsabilidad del paciente en el manejo de las enfermedades crónicas mediante la utilización de sistemas de telemedicina que le permitan el acceso a su historia clínica. A nivel europeo participan diez proyectos piloto de siete países, con un total de 70.000 pacientes. A nivel de Andalucía se ha incluido el acceso de las personas con diabetes a su historia clínica, a través de Clic Salud, incorporándose a los servicios existentes de esta plataforma la posibilidad de enviar a la historia clínica datos personales relacionados con el

seguimiento de la diabetes. Desde los 39 centros participantes se han incluido en este proyecto más de 3.000 personas con diabetes, con implicación de 2.364 profesionales pertenecientes a 301 unidades de gestión clínica.

- Disponibilidad de un canal específico de *Consejo Sanitario sobre diabetes con atención 24 horas*, a través de *Salud Responde*. Se han registrado más de 11.000 consultas, de las que casi la cuarta parte han sido resueltas directamente por teléfono.
- Extensión de la *Escuela de Pacientes* para personas con diabetes, con el objetivo de reforzar la información del paciente y su papel activo en todo el proceso de la enfermedad, para conseguir que su atención sanitaria sea más homogénea y efectiva. La Escuela de Pacientes ofrece también un blog específico en el que la ciudadanía encuentra un espacio donde compartir testimonios y vivencias, intercambiar experiencias y ofrecer y encontrar consejos para mejorar su calidad de vida. A ello se suman los videochats que organiza para que los pacientes puedan resolver dudas, directamente, con profesionales expertos en la materia. En la misma línea nació en 2013 la plataforma *Aprende fácil*, un espacio web en el que la Escuela de Pacientes pone a disposición de los ciudadanos información útil y accesible sobre la diabetes, su tratamiento y experiencias de otros pacientes, además de ofrecer la posibilidad de hacer un plan de acción semanal con retos de mejora en el autocuidado.

1.3. Estrategias de ordenación territorial

La apuesta *por un modelo de Atención Primaria*, más accesible y adaptado a las necesidades manifestadas por la ciudadanía, se han llevado a cabo reformas y creación de nuevos centros de Atención Primaria acordes con la infraestructura más innovadoras y entornos más saludables. En este sentido se han construido y reformados más de 20 centros de AP, recorriendo todas las provincias andaluzas, su inversión ha supuesto algo más de 21,5 millones de euros.

Por otro lado, *Red de hospitales de Alta Resolución* ha supuesto un sistema de salud más cercano a las personas. Los trece Hospitales de Alta Resolución en funcionamiento durante el año 2013 han aumentado la cercanía de los servicios a los ciudadanos, se configuran como hospitales de proximidad y están ubicados en zonas geográficas alejadas de grandes núcleos urbanos, o bien en áreas con gran crecimiento poblacional.

Es una cercanía en términos geográficos con una sensible reducción en el tiempo de acceso a la atención especializada, habiéndose conseguido el objetivo de que el 95% de las personas en Andalucía estén a menos de treinta minutos de su centro de atención especializada. Incorporan estrategias de gestión de alta resolución, potenciando la cirugía sin ingreso, la hospitalización de corta duración, la atención urgente y las consultas de acto único, y fomentan la continuidad asistencial y la oferta de capacidad diagnóstica a los centros de atención primaria.

Facilitan la participación de sus poblaciones para determinar sus necesidades y los resultados a conseguir, de manera que en el año 2011 el 93,8%, el 94,7% en el año 2012 y

en 2013 el 95,5% de los usuarios consideraron que la implantación de un centro hospitalario de alta resolución en su municipio ha supuesto una mejora de la asistencia sanitaria.

Una de las apuestas más relevante de nuestra Comunidad es la llevada a cabo por La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias que está desarrollando el proyecto *“Red Integral de Helisuperficies de Andalucía”* cofinanciado por Fondos Europeos de Desarrollo Regional (FEDER) y que, con un presupuesto de 6.328.693 euros, supondrá la construcción de 10 helipuertos hospitalarios y en torno a 50 zonas de toma eventual de helicópteros para recogida de pacientes, situados principalmente en zonas rurales alejadas de los hospitales de referencia regional.

Con estas nuevas infraestructuras, el Sistema Sanitario Público de Andalucía mejorará sustancialmente la calidad de la asistencia sanitaria y transporte aéreo de los pacientes en la Comunidad, dado que facilitará y agilizará el acceso por vía aérea tanto a los municipios más distantes como a los propios hospitales, aspecto importante cuando se necesita realizar traslados de pacientes con patologías graves.

Desde el inicio del proyecto hasta final de 2013, se han puesto en funcionamiento un total de 30 helipuertos, 7 de ellos en 2013 en las localidades de Ubrique y Olvera (Cádiz), Aroche, Calañas y Cumbres Mayores (Huelva), Huéscar (Granada) y Jódar (Jaén), estando prevista la puesta en funcionamiento entre 2014 y 2015 de 30 helipuertos adicionales.

Los equipos aéreos del 061, formados por médico y enfermero, así como por el personal de vuelo, prestan servicio a toda la Comunidad y atienden tanto traslados de pacientes críticos interhospitalarios como situaciones de emergencias en cualquier zona de la Andalucía, en colaboración con los dispositivos de cuidados críticos y de urgencias del Servicio Andaluz de Salud. Durante el año 2013, los equipos aéreos han sido movilizadas en un total de 1.557 ocasiones.

Los helicópteros tienen sus bases aéreas establecidas en la Isla de la Cartuja (Sevilla), en el hospital de Baza (Granada), en el aeropuerto de Córdoba, en el hospital Virgen de la Victoria de Málaga y en el aeropuerto de Jerez (Cádiz). Estos aparatos están considerados de operaciones especiales, estando autorizados a tomar tierra por razones de emergencia fuera de aeropuertos y aeródromos, ya sea en zonas de toma preestablecidas u otros lugares que sean necesarios. Están dotados con las últimas tecnologías de la comunicación que permiten su geolocalización desde las salas de coordinación de urgencias y emergencias del 061, al tiempo que facilitan la labor de información de los sanitarios durante el traslado de los pacientes a los hospitales de referencia.

2. Eficiencia en la gestión sanitaria

Un sistema sanitario eficiente y de alto valor tiene como objetivo maximizar la calidad de la atención y los resultados obtenidos con los recursos disponibles, garantizando al mismo tiempo que las inversiones adicionales proporcionen un valor adicional neto con el tiempo.

Asegurar el valor de los recursos significa utilizarlos de la manera más eficiente y efectiva posible, vinculando el concepto de calidad científico-técnica, al concepto de eficiencia y de sostenibilidad como una perspectiva esencial en la organización del SSPA.

Es por ello, que las medidas llevadas a cabo en nuestra comunidad han incrementado la eficiencia mediante la transformación de actividades sanitarias donde el coste es menor, haciendo un uso más racional de los recursos, o con una mayor implicación de los profesionales, o mejorando la gestión de procesos de soporte. Destacamos las más relevantes.

Con objeto de *garantizar las prestaciones* de los usuarios y usuarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía en el año 2013 se revisó y actualizó la actual *Guía de reproducción humana asistida*, en la que se establecen los requisitos, indicaciones y criterios para la asistencia en reproducción asistida en la sanidad pública de Andalucía. Esta guía es una herramienta básica de trabajo para todos los profesionales que realizan y gestionan esta asistencia.

En esta edición merece la pena resaltar por su importancia los siguientes contenidos:

- Revisión de los criterios de inclusión y el mantenimiento de la prestación para todas las mujeres con independencia de su estado civil o de su orientación sexual.
- La inclusión de todos los centros que realizan técnicas de reproducción asistida en el circuito asistencial de los pacientes con enfermedades infecciosas crónicas.
- La colaboración que debe protocolizarse desde cada centro de referencia con las consultas de ginecología de su área hospitalaria o de su área de referencia para el seguimiento de las usuarias durante la fase de estimulación ovárica.
- El programa de transferencia electiva de embrión único (eSET), que disminuye el riesgo de embarazo múltiple y mantiene las tasas de embarazo, y que es una apuesta por la calidad de la asistencia en reproducción asistida.
- La definición de criterios claros sobre reserva folicular para el acceso a FIV/ICSI (Fecundación in vitro con intrayeccción intracentroplasmática).
- El aumento de las indicaciones para preservación de la fertilidad.
- El apoyo importante de los Servicios de Atención a la Ciudadanía en el proceso asistencial.
- El establecimiento de una comisión de calidad de las técnicas de reproducción humana asistida, que debe constituirse en los centros en los que se realiza estas técnicas.

Destacar que Andalucía sigue ofertando la asistencia sanitaria en reproducción humana asistida a las mujeres solas y a las parejas de mujeres.

También para mantener el objetivo de garantizar las prestaciones sanitarias, facilitando el acceso a la asistencia, preservar la equidad, y mantener la calidad, en 2013 se han revisado y elaborado distintas carteras de servicios tanto en el ámbito de atención primaria como en atención especializada, entre ellas, las siguientes:

Cartera de servicios de Atención Primaria; Cartera de procedimientos de Obstetricia y Ginecología; Cartera de procedimientos de Cirugía Ortopédica y Traumatología; Cartera de procedimientos de Urología; Cartera de procedimientos de Oftalmología.

En este aspecto de mantener la calidad en la asistencia y la equidad para todos los usuarios y usuarias, se ha continuado trabajando en el reconocimiento de las Unidades de Referencia de Andalucía, que entre las nombradas, en 2013 se encuentran:

- Neuromodulación de raíces sacras para el tratamiento de la incontinencia fecal (Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla).
- Unidad de referencia para el procedimiento "Test de picadura controlada con himenópteros" (Hospital Reina Sofía).

Otros programas que son un ejemplo en el empeño de garantizar las prestaciones sanitarias en Andalucía es el cribado neonatal que cuenta con la detección de hasta 30 enfermedades metabólicas diferentes con la misma muestra.

2.1. Modelo organizativo: Unidades de Gestión Clínica

Aunque los sistemas sanitarios tienen la cultura de estar innovando en gestión de forma continua para conseguir la mejor atención sanitaria al menor coste posible, es cierto que en estos momentos de crisis económica se hace más necesario introducir reformas estructurales y estrategias de mejora de la eficiencia y de la sostenibilidad del sistema a nivel global.

En escenarios de crisis con grandes exigencias económicas se hace necesario introducir medidas de gestión para evitar la selección adversa de pacientes y el recorte en la cartera de servicios con el objetivo de cumplir el presupuesto.

Para conseguir esto es fundamental introducir innovaciones dirigidas a aumentar la autonomía y la corresponsabilidad de los profesionales en la gestión a través de la toma de decisiones clínicas, para que entre todos se pueda conseguir la sostenibilidad y la mejora continua del SSPA.

El nuevo modelo organizativo en Unidades de Gestión Clínica, basado en trasladar a los profesionales niveles progresivos de autonomía en su trabajo y, paralelamente, un mayor grado de corresponsabilidad con los objetivos institucionales en un marco de descentralización basado en la comparabilidad y transparencia, y en la evaluación de la obtención de los resultados en salud.

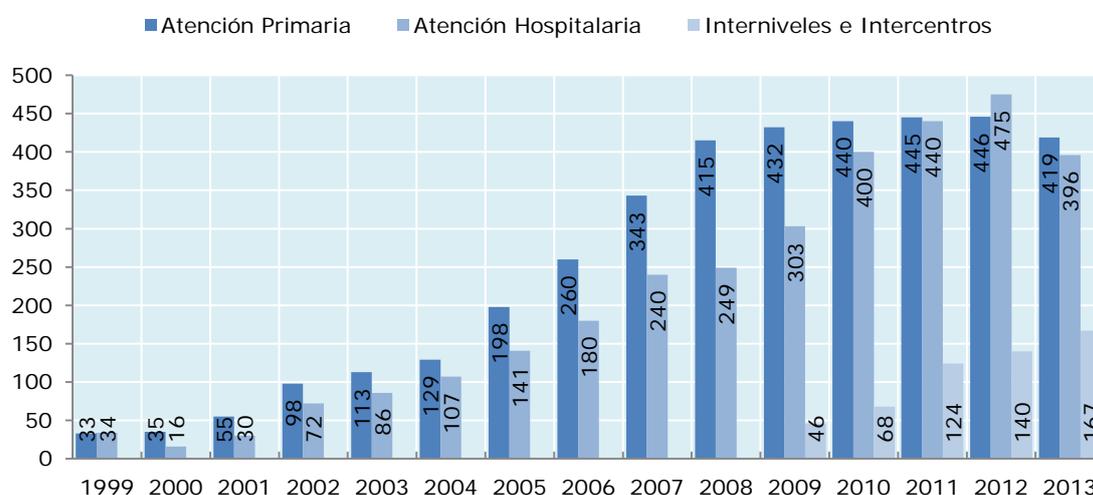
Se trata de un modelo organizativo horizontal basado en la asistencia multidisciplinar, corresponsable y con autonomía en la toma de decisiones que permite que se puedan desarrollar y desplegar todas las políticas sanitarias que se han definido en el sistema sanitario público de Andalucía. Creemos necesario ampliar la capacidad de decisión y la autonomía de los profesionales de la Atención Primaria, utilizando el instrumento de la Gestión Clínica. Para ello, queremos que dispongan de herramientas nuevas que les permitan conocer mejor las necesidades de salud de su población, con las que puedan evaluar más ágilmente y en profundidad sus objetivos, y mediante las cuales pueda establecer pactos y alianzas que mejoren la atención sanitaria de la ciudadanía.

Este modelo organizativo, contribuirá a la sostenibilidad y eficiencia de nuestro sistema sanitario, a la vez que reforzará la calidad de los servicios que prestamos y mejorará los resultados finales en salud de nuestra población andaluza.

La implantación de las Unidades de Gestión Clínica como modelo organizativo en la asistencia sanitaria de Andalucía que comenzó en el año 1997, culminó su implantación en el año 2012 (2009 en Atención Primaria); todos los profesionales asistenciales del SAS trabajan bajo el modelo de Gestión Clínica.

Los profesionales de Atención Primaria conforman este año 419 UGCs, 396 de Atención Hospitalaria, constituyéndose además 70 UGCs interniveles y en 97 intercentros; por lo tanto podemos decir que se ha completado el proceso de implantación y desarrollo.

Gráfico 2.1. Implantación de Unidades de Gestión Clínica. Andalucía, 1999-2013



Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía.

En el contexto actual de profundos cambios sociales y económicos, la situación por la que atraviesan los diferentes sistemas de salud y el debate de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos, suponen una oportunidad única para dar un impulso a la *Atención Primaria* y convertirla en el motor real y efectivo de nuestro Sistema Sanitario Público.

A través del modelo organizativo implantado, se renuevan las bases de una Atención Primaria de calidad, orientada a la nueva ciudadanía plural y cambiante que se abre paso, dotada de una alta capacidad de resolución, que potencie la continuidad asistencial, y en la que los profesionales participen más activamente en la toma real de decisiones y responsabilidades, tanto en el ámbito clínico como de organización y gestión.

Poner a disposición de los profesionales de Atención Primaria, un espacio de decisión que les permita sentirse parte de la misma, alineando de forma más efectiva los objetivos de

gestores y profesionales, y dotándoles de amplios niveles de autonomía de decisión y gestión.

Nuestra propuesta quiere contribuir a asumir la gestión de la oferta de servicios, promover la organización más eficiente del equipo y lograr una mejor coordinación con los recursos sanitarios y sociales del entorno. Todo ello, para reforzar a los profesionales de Atención Primaria como los ejes fundamentales de nuestro sistema sanitario, y a la ciudadanía como centro último de todos nuestros esfuerzos.

La incorporación de nuevas tecnologías, la utilización de las mismas, el acceso directo a pruebas diagnóstica, etc. deben ser elementos irrenunciables de una Atención Primaria de Salud.

El modelo de Atención Primaria se caracteriza por el trabajo en equipo, centrado en dar la mejor asistencia al ciudadano basándose en ofrecerle una atención acorde con sus necesidades. En este sentido, la *gestión compartida de la demanda*, ha permitido impulsar la actual oferta asistencial y preservar los valores fundamentales de la Atención Primaria: atención integral, integrada y continua.

El modelo de gestión clínica favorece la atención sanitaria integral a través del trabajo en equipo de los profesionales que la componen, de la integración de la gestión por procesos asistenciales con el fin de garantizar la continuidad asistencial y obtener resultados en salud de la población.

Este nuevo enfoque en el que las necesidades del paciente han de ser satisfechas a través de una gestión compartida de la demanda permite, además de una gestión más eficiente de los recursos, la mejora de la accesibilidad al sistema por parte del ciudadano.

Para ello se está llevando a cabo la asignación de usuarios a claves de equipo (médico-enfermera), como referente para esa población determinada; lo que permite, entre otras cosas, la posibilidad de abrir agendas a demanda de los profesionales de enfermería, favoreciendo la accesibilidad de la población y mejorando la eficiencia y la calidad de la asistencia.

2.2. Hospitales de Alta resolución

La principal innovación que han aportado estos hospitales es la alta resolución, que se basa en:

1. La *Consulta en Acto Único*, unifica los tres tiempos clásicos - primera visita, exploración y visita sucesiva - en uno solo; el primer día de consulta que acude al especialista, se le hacen las pruebas pertinentes, se le ofrece el resultado y se elabora el diagnóstico y tratamiento. Todas las consultas se pueden realizar en Acto Único: i) siempre y cuando el facultativo considere que es posible, una vez valorado su problema de salud; ii) el paciente lo acepte.

Supone una innovación en cuanto la organización específica del trabajo. Asimismo, se han establecido los procedimientos diagnósticos y terapéuticos susceptibles de ser realizados en Acto Único para cada especialidad, desarrollando un sistema de indicadores que objetivan esta actividad.

Esta forma organizativa ha permitido que el 76,74 % de las primeras visitas y de las interconsultas se realizara en Acto Único (valor medio, año 2012).

2. La *Cirugía Sin Ingreso* alcanza la máxima actividad en este tipo de hospitales, ya que su cartera de servicios contempla los procedimientos quirúrgicos que no requieran hospitalización o que en su caso, la estancia prevista sea inferior a 72 horas.

La reducida dotación de camas en estos hospitales en las Unidades de Hospitalización Polivalente (0,5/1.000 h) responde al modelo de Alta Resolución y es suficiente para la actividad asistencial generada en las áreas de Hospital de Día, Hospitalización convencional y la Observación de urgencias, teniendo un promedio diario de utilización de las camas disponibles del 73,7% (año 2012).

Finalmente, cada Hospital de Alta Resolución firma anualmente un Acuerdo Internivel con el Distrito de Atención Primaria con objetivos orientados a garantizar la continuidad asistencial de su población de referencia. En el año 2013, cabe destacar:

- Apoyo a la mejora del nivel de resolución de la Atención Primaria: solicitud de pruebas diagnósticas desde A Primaria, ajustada a protocolo preestablecido y en aquellos procesos asistenciales en los que la prueba complementaria permita establecer un diagnóstico y un tratamiento propios de su ámbito, evitando derivaciones al hospital.
- Apertura del hospital de día para la atención a personas con necesidad de cuidados paliativos en coordinación con los centros sanitarios de referencia tanto de A. Primaria como Hospitalaria.
- Atención integrada a personas con una enfermedad crónica, previo acuerdo de colaboración explícitos entre Medicina Interna y Atención Primaria: médico internista de referencia para cada Centro de Salud, la realización de sesiones en Centros de Salud, la consulta de alta resolución con demora concertada y el procedimiento para ingresos programados convencionales y/o en hospital de día.
- Guías de Atención Compartida, como algoritmos que permiten discernir las intervenciones más efectivas a realizar en cada grupo de pacientes que presenten una condición clínica común; constituyen una pauta de actuación unificada que considera las perspectivas de los dos niveles de atención ante la necesidad de la continuidad asistencial y de cuidados: pacientes pluripatológicos, en cuidados paliativos, crónicos con hospitalizaciones frecuentes, con patología mental, con terapias respiratorias, ostomizados, manejo de reservorios, nutrición enteral y otros procesos de soporte.

2.3. Alternativas a la hospitalización tradicional en el SSPA

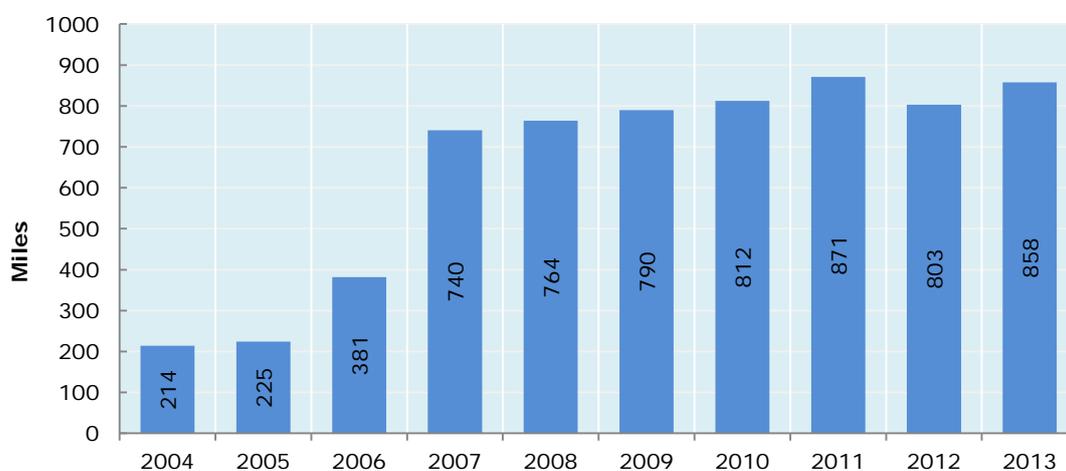
Como alternativas a la hospitalización tradicional en el SSPA, se han llevado a cabo durante 2013 un porcentaje elevado de *Cirugía sin ingreso*, siguiendo los criterios contenidos en la ficha técnica del ICMBD del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para el cálculo del Indicador "Ambulatorización Quirúrgica", este rondó en los hospitales del SSPA en el año 2012 el 52%, siendo Andalucía la segunda Comunidad Autónoma con mayor tasa. Utilizando estos mismos criterios en el año 2013 los hospitales del SSPA alcanzaron una tasa del 53%.

Sin embargo, si únicamente se tienen en cuenta para el cálculo del indicador (numerador y denominador) aquellas intervenciones quirúrgicas mayores que son susceptibles de ser realizadas de forma ambulatoria, la tasa en 2013 en los hospitales del SSPA alcanzó el 68%.

Otra de los grandes ámbitos potenciados durante el 2013, ha sido el número de procedimientos de *Hospital Día Médico*, que ha incrementado de forma considerable en una década, en parte por la ampliación del catálogo de procedimientos considerados como HDM.

Se pasa de 210.033 procedimientos de HDM en 2004 a 857.898 en 2013, aunque esta tendencia se estabiliza en los últimos años.

Gráfico 2.2. Procedimientos de Hospital de Día Médico. Andalucía, 2004-2013



Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía.

2.4. Implantación de Sistemas de información

Diraya es la historia digital del paciente en Andalucía. Habiendo sido Atención Primaria el primer ámbito asistencial en donde se implantó, se continuó por las urgencias hospitalarias y finalmente se extendió al ámbito de consultas externas y hospitalización, siendo este último módulo conocido como DAE (Diraya Atención Especializada). En el año 2013 se ha avanzado de manera significativa en dicha extensión, con la implantación de un número significativo de centros, quedando tan sólo nueve hospitales pendientes de implantación (la fecha de implantación del último de los centros es abril del 2015). Con la implantación de DAE, se completa el alcance de historia clínica electrónica del ciudadano, recogiendo de manera integral su información en atención primaria, atención hospitalaria, episodios de movilidad (emergencias), sus pruebas de diagnósticos por la imagen, de laboratorio, etc...

Adicionalmente, da respuesta a muchos ámbitos de carácter administrativo, como son las admisiones o la gestión de archivos, así como de gestión clínica, programación quirúrgica, codificación, etc...

Para aquellos ámbitos cubiertos por soluciones no corporativas hay toda una estrategia de interoperabilidad de manera que cualquier sistema de información departamental pueda integrarse con Diraya mediante el cumplimiento de unos estándares. Hay más de 30 soluciones integradas en la actualidad.

Por último, el proyecto Diraya se integra con el proyecto de Historia Clínica Digital de Sistema Nacional de Salud (HCDSNS), de manera que un profesional en Andalucía puede ver la información que un paciente tenga de atenciones en el resto de Comunidades y viceversa.

En el año 2013 se ha concluido la implantación del Sistema de Información de *Pruebas Diagnósticas por la Imagen (PDI)* en todos los centros hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud.

Este sistema de información da servicio a más de 9.000 profesionales diariamente. PDI gestiona de manera integral todos los servicios de radiología y medicina nuclear de la organización, permitiendo la gestión de agendas, de salas, la integración con las modalidades electromédicas, y todo el proceso de elaboración de informes. El módulo de petición de pruebas es parte de la historia clínica electrónica, pudiéndose solicitar electrónicamente desde todos los ámbitos asistenciales.

Desde el inicio del proyecto, se han procesado más de 27 millones de citas a pacientes y se han registrado más de 6 millones de informes, lo que ha facilitado la eliminación del uso del papel en este tipo de tramitaciones sanitarias.

El tener un sistema de información integral permite compartir la información de diagnóstico por la imagen desde cualquier punto de la comunidad.

Por otro lado, uno de los grandes retos más relevantes llevados a cabo en 2013, sin duda alguna corresponde a la implantación del *CMBD de Urgencias Hospitalarias*. La planificación, gestión y evaluación de los Servicios de Urgencias genera importantes requerimientos de información en los distintos niveles de la organización sanitaria. El CMBD de Urgencias del SSPA da respuesta a estas necesidades y también a los requerimientos del MSSSI, que ha incluido en el proyecto de Real Decreto de estructura y contenidos básicos del registro de actividad de atención especializada el CMBD de las Urgencias hospitalarias.

2.5. Estrategias relacionadas con el uso racional del medicamento

2.5.1. Promoción de la selección de la alternativa terapéutica equivalente más eficiente

- I. Acuerdo marco de selección y adquisición de principios activos para determinadas indicaciones (adquisición y consumo hospitalares).

El objetivo de esta iniciativa es lograr que se produzca una competencia en precios entre principios activos para los que, la evidencia científica y la práctica clínica, demuestran ser alternativas terapéuticas equivalentes para una determinada indicación, a fin de seleccionar y adquirir en los hospitales la alternativa terapéutica más eficiente.

El ámbito de aplicación de este procedimiento es para inicio de tratamientos o cambios (realizados por el facultativo) cuando no existan factores clínicos que condicionen la elección.

El Acuerdo Marco se publicó el 30 de julio de 2013 y tras los recursos en contra ante el Tribunal Administrativo de Recursos Contractuales de la Junta de Andalucía (TARCJA), éste suspendió de forma cautelar el procedimiento, por Resolución del 12 de septiembre.

II. Selección de alternativas terapéuticas más eficiente en las prescripciones a través de recetas a pacientes ambulatorios.

A fin de promover el uso de las alternativas terapéuticas más eficientes, conforme a criterios de evidencia científica, en los contratos programas con los centros de atención primaria y hospitalaria se incluye un objetivo que evalúa el uso de estas alternativas, a través de un índice sintético de calidad que aglutina los medicamentos de las áreas terapéuticas de mayor consumo. En 2013, el valor de este índice aumento un 22% respecto a 2012, lo que ha supuesto un ahorro estimado de 15 millones de euros.

2.5.2. Promoción de la prescripción por principio activo

Esta forma de prescripción, recomendada por la OMS y por otros organismos nacionales e internacionales de salud, comenzó a impulsarse en Andalucía a partir del año 2001 y se ha convertido ya en una práctica habitual en nuestra Comunidad Autónoma. Si en septiembre de 2001 las recetas por principio activo tan solo representaban el 0,35%, en diciembre de 2013 estas superan el 93% del total de las recetas prescritas.

Esta iniciativa, de la que Andalucía es pionera a nivel nacional e internacional, ha permitido llevar a cabo las convocatorias públicas de selección de medicamentos, ya comentadas. Además, propició que en la Ley 29/2006, de 26 de julio, se instara a las administraciones públicas a fomentar la prescripción por principio activo.

En términos económicos, esta medida ha supuesto un ahorro desde su inicio hasta diciembre de 2013, de 620 millones de euros.

2.5.3. Revisión de tratamientos de pacientes con potenciales problemas de prescripción

La Comisión de Calidad y Eficiencia del SAS, acordó en 2013 los criterios para la selección de pacientes con potenciales problemas de prescripción, en base a la evidencia científica (criterios START/STOPP, criterios de Beer y condiciones de uso de los medicamentos conforme a la ficha técnica).

Se ha adecuado el sistema de información de farmacia para la identificación de dichos pacientes y se ha incluido en los contratos programas con los centros un objetivo sobre estos tratamientos. Como resultado, se han revisado 197.717 tratamientos con potenciales problemas de prescripción, que se han reducido un 56%.

En Andalucía, el Decreto-Ley 3/2011, de 13 de diciembre, por el que se aprueban medidas urgentes sobre prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía, establece la posibilidad de realizar *convocatorias públicas para la selección de los medicamentos* a dispensar por las oficinas de farmacia cuando se prescriba por principio activo, de entre los laboratorios que presenten las mejoras económicas más favorables para el SAS.

Hasta diciembre de 2013, se han publicado tres convocatorias, de las que se han seleccionado 284 medicamentos, de 12 laboratorios diferentes, para su dispensación cuando se prescriban por principio activo. La estimación de ahorro anual es de 98 millones de euros.

La selección pública de medicamentos es posible gracias a la prescripción por principio activo, una medida incluida en las políticas de uso racional del medicamento, en las que Andalucía es referente nacional. En 2013, el 93% del total de recetas prescritas en la sanidad pública andaluza son por principio activo.

2.5.4. Acuerdo marco centralizado de adquisición de medicamentos en hospitales

Este tipo de procedimientos, que se vienen realizando desde 2002, tiene como objetivo aumentar la eficiencia en la adquisición de medicamentos en hospitales, ya que se logra una disminución de los costes de los medicamentos y, por otro lado, se facilitan los procesos administrativos de compra a nivel local.

Está en vigor actualmente el Acuerdo de febrero de 2012, por el que se adjudicaron 287 lotes de medicamentos, a un total de 54 empresas farmacéuticas.

En el año 2013 el ahorro en el consumo hospitalario, conseguido con este Acuerdo Marco, ha sido de 55,4 millones de euros, comparando los precios de adquisición de los medicamentos adjudicados, frente al precio oficial de venta de los laboratorios (que incluye Precio Industrial máximo y deducciones que correspondieran por aplicación de los RD 8/2010 y 9/2011). Esto supone una disminución del coste del 21%.

2.6. Modelo centralizados de Compras

Uno de los objetivos estratégicos de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, es la mejora de la *Eficiencia de los Procesos de Gestión y Servicios*, procesos que son necesarios para el desarrollo de la actividad asistencial, y que contribuyen a la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público.

Para el cumplimiento de dicho objetivo se ha desarrollado un *Modelo de Compras del Servicio Andaluz de Salud* que se fundamenta y desarrolla teniendo como objetivo principal el obtener una mayor eficiencia en dicho proceso. Las líneas son: la reorganización de la Cadena Logística, la ordenación del Proceso de Compra, el uso Racional de los Productos y la

Normalización de Procedimientos. Todo ello con una participación activa de los profesionales del Servicio Andaluz de Salud, tanto asistenciales como no asistenciales. Este modelo está diseñando con una arquitectura organizativa basada en Plataformas de Logística Sanitaria de ámbito provincial. Estas plataformas asumen, para todos los centros sanitarios de una provincia, las funciones vinculadas con la contratación administrativa, las compras, la gestión de almacén y distribución logística y facturación. Igualmente, recoge el seguimiento de los consumos y el control de operaciones, como nexo entre la Plataforma y los distintos centros de la provincia, por lo que se obtiene una visión logística única en todos los centros integrantes de la Plataforma.

Los resultados obtenidos durante el año 2013 han sido:

- En el plano de las compras, se ha logrado mejorar el precio, ya que se potencia la fuerza de negociación global, al aumentar las cantidades a adquirir. Por otro lado, la reducción de puntos de entrega, repercutirá en el proveedor en una reducción de sus costes, y por añadidura en una bajada de precios.
- También se ha logrado una reducción de los costes administrativos al centralizar todos los expedientes de la provincia en un único punto.
- Con lo que respecta al almacenaje se ha producido una disminución del volumen de existencias y una reducción de obsolescencias y caducidades.
- Igualmente se ha producido una optimización de los recursos humanos y materiales, que redundan, por tanto, en la eficiencia. Se han organizado en ocho Plataformas Logística Sanitarias, una en cada una de las provincias de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Además de una menor variabilidad de productos a adquirir, al tenerse que consensuar entre varios centros qué se consume.
- Mayor implicación de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones en esta área.

Todo ello ha sido posible gracias a que todos estos procesos se sustentan en un conglomerado de aplicaciones informáticas que permite por una parte una interconexión on line de los centros a las herramientas corporativas de gestión e información, y por otra un acceso a las empresas proveedoras, por medio del portal de Internet del Servicio Andaluz de Salud. Todas estas herramientas corporativas están agrupadas bajo el paraguas de SIGLO (Sistema Integrado de Gestión Logística), que es quién gestionará todas estas aplicaciones.

Este modelo ha contribuido en gran medida a la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público Andaluz, permitiendo un ahorro, ofreciendo el mismo nivel de calidad, de aproximadamente unos 100 millones de euros.

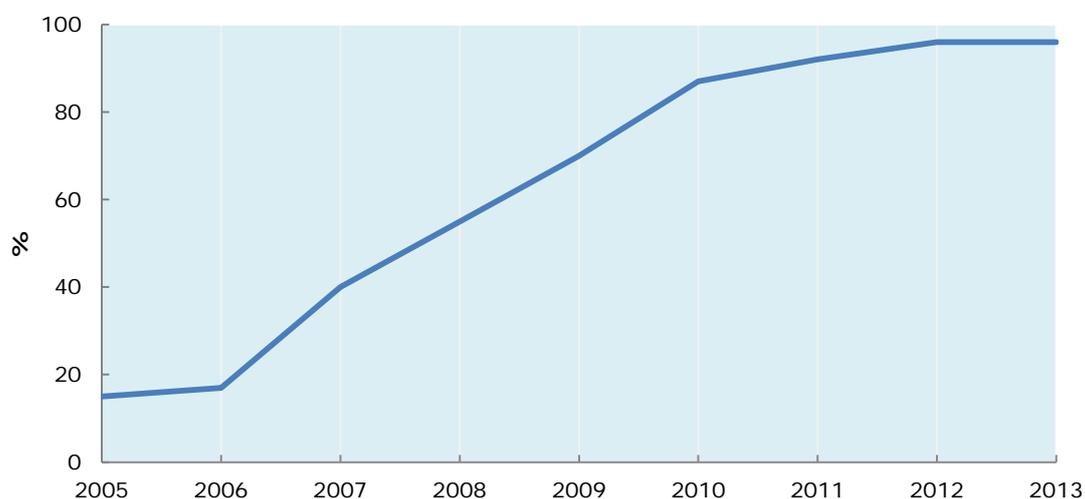
Igualmente, todo ello ha supuesto, además, el análisis de los distintos modelos de prestación de servicios realizados en los Centros Asistenciales, haciendo partícipes en todo momento a los profesionales del Servicio Andaluz de Salud, y permitiendo la mejora de la eficiencia, no solo en el área de contratación, sino también en la prestación de los servicios en los centros, con una mayor calidad para los usuarios del sistema.

2.7. Sistema Integral de Gestión Ambiental (SIGA) del SSPA.

Durante el año 2013 y en coherencia con lo establecido en el Real Decreto Legislativo 16/2012, por el que se establecen medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, se desarrolló, conjuntamente con la Agencia Andaluza de la Energía, un Plan de Acciones de Ahorro Energético que incluía múltiples actuaciones tendentes a la mejora en la eficiencia energética y al fomento del uso de energías renovables. Todas estas medidas se pusieron en marcha en el marco del SIGA SSPA mediante la inclusión de objetivos concretos a los centros sanitarios y con fuentes de financiación propia y comunitaria.

Desde su puesta en marcha hasta nuestros días, el alcance de la implantación del SIGA SSPA ha ido creciendo hasta llegar a la práctica totalidad de los centros sanitarios públicos de Andalucía.

Gráfico 2.3. Implantación de la certificación ISO 14001 SSPA



Fuente: Sistema Sanitario Público de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía.

En el año 2013, durante el desarrollo de la novena legislatura la, hasta entonces, Consejería de Salud y Bienestar Social, incorporó nuevas competencias pasando a configurarse como Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (CISPS).

Esta nueva estructura configuró una Organización que multiplicó las necesidades de recursos ambientales y, consecuentemente, su impacto ambiental. Surgió entonces la necesidad de establecer nuevas políticas que favorezcan las necesarias sinergias en el ámbito de la sostenibilidad.

3. Transparencia

3.1. Participación ciudadana

Acciones a destacar respecto a la participación ciudadana en el SSPA durante el año 2013:

- Consolidación de las comisiones de participación de Distritos Sanitarios, Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria como espacios de participación ciudadana con movimiento asociativo, entidades locales, etc.
- Afianzamiento de los planes de participación ciudadana en los centros del SSPA a través de acciones de información, consulta/colaboración, promoción de la salud y acciones para la mejora de la satisfacción de la ciudadanía.
- Funcionamiento de las comisiones de participación en las UGC del SAS, de conformidad con la Resolución SA0077/12 de 20 de marzo de 2012, con un 75% de implantación respecto al nº total de UGC. Durante el último trimestre de 2013, se realizó una evaluación del funcionamiento de estas comisiones recabando información de la ciudadanía participante, responsables de participación de los centros sanitarios y directores/as de las UGC.
- Elaboración de guías metodológicas de elaboración y evaluación de planes de participación ciudadana en el SSPA, en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Realización de dos ediciones de cursos virtuales de formación de participación ciudadana en salud a los profesionales del SSPA a través de la EASP, participando 60 profesionales.

3.2. Salud Responde

Salud Responde es el centro de información y servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, tiene como misión satisfacer las necesidades de información y gestión sanitaria y administrativa, a ciudadanos y profesionales sanitarios, las 24 horas del día, todos los días del año, a través de un acceso multicanal que engloba la comunicación a través del teléfono 902 505 060, correo electrónico saludresponde@juntadeandalucia.es, fax, App móvil o desde la página web www.juntadeandalucia.es/salud.

Este centro ha cumplido el objetivo de unificar toda la información y servicios sanitarios que interesan a los ciudadanos, con las grandes ventajas que ello supone, ya que permite ofrecer una respuesta inmediata y en cualquier momento, acercando el sistema sanitario al ciudadano.

En sus casi 11 años de trayectoria se han gestionado más de *197 millones* de gestiones.

Durante el primer trimestre de 2011 se finalizó con la integración de todos los Centros Hospitalarios pertenecientes al Sistema Sanitario Público de Andalucía para la gestión de *Citas en Atención Especializada*.

Además, Salud Responde desde 2012 comenzó con la gestión de *Citas en Atención Especializada para usuarios internos en Centros Penitenciarios*. Con ello se aumenta la accesibilidad a la atención sanitaria de la población reclusa para reducir dificultades y poder asistir a las citas en los Centros Hospitalarios con mayor facilidad.

Coordinación Teleasistencia: la colaboración entre la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía y Salud Responde en el año 2012 dio lugar a la posibilidad de obtener cita previa y consejos sanitarios. El usuario realizará la demanda a través del botón del servicio de Teleasistencia siendo estos quien se ponga en contacto con Salud Responde para gestionar la demanda que requiera el usuario.

A mediados del año 2012 desde la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, se puso en marcha un sistema de alerta personalizada para realizar el seguimiento a los pacientes en situación de *Cuidados Paliativos*.

En el primer trimestre de 2013, Salud Responde asumió el funcionamiento de los *teléfonos de Ayuda a la Infancia y Notificación de situaciones de malos tratos* en la infancia el cual va dirigido a todos los menores de la Comunidad Autónoma de Andalucía y a las familias que soliciten información en materia de Adopción, Acogimiento familiar y otras formas de mediación familiar y Registro de Parejas de Hecho.

Ventana abierta a la familia es un programa de apoyo a padres y madres, desarrollado por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, que abre una ventana para apoyar a las familias en la crianza de sus hijos e hijas, de forma integral y continua, y mejorar el bienestar de los niños, niñas y adolescentes de Andalucía. Desde el año 2013 el programa ofrece a las familias recibir mensajes a través de teléfono móvil y por correo electrónico sobre determinados hitos relacionados con el crecimiento y desarrollo infantil, entre otros aspectos. También pueden enviar sus dudas o preguntas que les serán respondidas por especialistas en la materia.

A finales de año 2013 se puso en marcha la aplicación móvil *APPSalud Responde* la cual se puede obtener de forma gratuita en las tiendas de las principales plataformas de dispositivos de última generación (iOS, Android, y Windows Phone) a través de esta el usuario puede solicitar y anular cita previa con su médico de atención primaria.

Salud Responde continuará difundiendo de manera activa esta aplicación móvil, para incrementar el conocimiento y uso de la misma entre la población.

Citas por vía telemática

En 2013 son cuatro los diferentes modos telemáticos que los usuarios pueden utilizar para obtener citación con sus facultativos en los dispositivos asistenciales de Atención Primaria.

- Plataforma Inters@s, a través de Internet.
- Salud Responde, a través nº telefónico 902 505 060.
- A través de SMS.
- A través de APP para móvil.

En 2013 fueron 52 millones las citas asignadas para los médicos de familia y pediatras, de las cuales el 56% se solicitaron en el centro de salud y el 44% a través de las plataformas telemáticas. De estas últimas el 54% fueron gestionadas a través de Inters@s, y el 45% por Salud Responde. El 1% utilizó SMS y la APP.

Si se comparan los datos de los últimos seis años, destaca en general, el incremento de un 12% en el uso de estas plataformas telemáticas; y en particular, el aumento en la utilización de Inters@s (evolucionando del 6% al 24%) en cambio las citas a través de Salud Responde disminuyen del 26% al 20%.

Además de los datos que se publican de lista de espera en la página Web del Servicio Andaluz de Salud, los pacientes que están pendientes de un procedimiento incluido en el Decreto 209/2001 de plazo máximo de respuesta quirúrgica, pueden consultar su situación en la lista de espera a través de Inters@s utilizando el Certificado Digital.

Así pues esta información permitió iniciar una línea de actuaciones dentro de la mejora de la accesibilidad de los ciudadanos al Sistema Sanitario Público de Andalucía, que es la transparencia informativa, facilitando a los ciudadanos información completa, accesible y actualizada a través de la publicación de los datos en la página Web.

El usuario adicionalmente puede, mediante un teléfono personalizado y centralizado, Salud Responde 902 50 50 60, conocer cómo está su situación a la espera de intervención quirúrgica y si lo considera conveniente, elegir cambiar de hospital para ser intervenido.

3.3. ClicSalud (Historia Clínica Digital)

Como parte de su apuesta por la transparencia y compromiso con el acceso a la información por parte de la ciudadanía, el Servicio Andaluz de Salud puso en marcha el proyecto *ClicSalud*, mediante el cual un ciudadano puede acceder a su historia clínica electrónica vía web, de manera segura (con su certificado electrónico), a un conjunto relevante de sus datos. En la actualidad Clic Salud ofrece información de las citas médicas pendientes, prescripción farmacéutica activa, alergias, contraindicaciones, problemas, muestra los informes de alta hospitalaria y los informes de urgencias, así como información de la cirugía mayor ambulatoria del paciente. En los próximos meses se incorporarán los informes de consulta, así como los resultados de pruebas de diagnóstico por la imagen y de laboratorio.

En la actualidad, `ClicSalud` dispone de más de 10 millones de problemas de salud codificados y de una cifra superior a los 300 millones de citas de primaria y especializada con una antigüedad inferior a 12 meses. Además, el portal supera los 280 mil registros de alergias y contraindicaciones, los 2 millones de informes de urgencias y las 500.000 hospitalizaciones. A lo que se suma, casi 475 millones de prescripciones, más de 800 mil ingresos en cirugía mayor ambulatoria y 3 millones de ingresos hospitalarios.

4. Calidad como estrategia en el SSPA

La calidad puede ser definida como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados tanto a nivel individual como poblacional, y son consistentes con el conocimiento profesional actual (OCDE, 2004).

Siendo la salud el objetivo clave de la atención sanitaria, la provisión de servicios de calidad debe cubrir las necesidades sanitarias de la población, teniendo en cuenta sus expectativas y preferencias.

En este sentido, el SSPA tiene definida una estrategia activa de calidad cuya puesta en marcha inició en el año 2000. En la actualidad, el modelo de calidad de nuestro sistema sanitario se articula a través del Plan de Calidad, cuya tercera edición publicada en 2011 establece las estrategias y líneas de acción en este ámbito.

Los principales logros alcanzados en el Servicio Regional han sido consecuencia de la apuesta por la implantación y seguimiento de los Planes Asistenciales Integrales, garantizando una asistencia de calidad.

Son reseñables los avances realizados en 2013 en los siguientes planes integrales:

Plan Integral de Oncología de Andalucía, ha abordado las siguientes actuaciones:

- Implantación de documentos para la toma de decisiones compartidas relativo al tratamiento quirúrgico del cáncer de mama y próstata.
- Consejo Sanitario en Oncología: En colaboración con Salud Responde se ha incluido en el programa de Consejo Sanitario la información relacionada con el cáncer.
- El objetivo ha sido doble: proporcionar información general relacionada con el cáncer, pero también poder resolver las dudas relacionadas con la toxicidad de los tratamientos en horarios donde no es fácil contactar con sus servicios de referencia (noche/festivos).
- Actualización de los Procesos Asistenciales Integrados de los tumores más prevalentes y áreas relacionadas:
 - Cáncer de mama (y subproceso de detección Precoz), cáncer de cérvix, cáncer de cabeza y cuello, cáncer de piel, cáncer de colon, cáncer de pulmón. Cada proceso asistencial tiene desarrollados indicadores de calidad específicos y para garantizar la implementación de los mismos, dichos indicadores se incluyen habitualmente en los objetivos del acuerdo de gestión de las Unidades de Gestión Clínica
- Mantenimiento de la Comisión Asistencial con representantes de los 15 hospitales que prestan atención oncológica.

Se sigue fomentando una mejora de la atención con el *Plan Andaluz de Cuidados Paliativos*, sus principales hitos iniciados en 2013 se enmarcan en el fomento de:

- Formación homogénea en Cuidados Paliativos en la Comunidad Autónoma Andaluza para todos los profesionales sanitarios que están relacionados con la atención de los pacientes al final de la vida. Se ha formado a unos 7.000 profesionales a través de

IAVANTE y EASP y con diferentes programas formativos que incluían desde la formación básica hasta la avanzada, pasando por la de los dispositivos de urgencias y la pediátrica.

- Creación de una red de formadores en Andalucía.
- Formación del voluntariado en Cuidados Paliativos habiéndose impartido en 700 personas.
- Y por último, la acreditación de los profesionales de los recursos avanzados de Cuidados Paliativos, que hace que Andalucía sea la primera comunidad en disponer de esta acreditación.

Dentro del marco de atención a personas con enfermedades raras se ha desarrollado las siguientes actuaciones en el *Plan Andaluz de Atención a personas con Enfermedades Raras*:

1. Creación de las Unidades de Referencia.
2. Publicación de las GUÍAS ASISTENCIALES para Fibrosis quística, Esclerosis Lateral Amiotrófica y Porfiria.
 - Se crearon como una respuesta al encargo de la mejora continua de la calidad, y para dar respuesta a las necesidades y demandas expresadas por pacientes, sus familiares y cuidadores, así como a las necesidades detectadas por las/los profesionales implicados en la atención de estas personas.
3. Creación del fichero de datos de carácter personal "Registro de Enfermedades Raras de Andalucía".
 - Disponer de un registro nos está permitiendo aumentar el conocimiento epidemiológico sobre enfermedades raras; nos está facilitando mantener un censo actualizado y fiable de pacientes que padecen una enfermedad rara y, como consecuencia de ello, conocer aspectos detallados de cada enfermedad y poder investigar con mayor calidad, validez y eficacia.
4. Actuaciones en relación con la formación y la investigación, que repercuten directamente en la calidad prestada.
 - Curso para la formación de profesionales en los cambios producidos en el cribado de metabolopatías, on-line, diseñado para unos 2.500 profesionales del ámbito de la pediatría, obstetricia, matronas, enfermería de atención primaria y atención hospitalaria, y medicina de familia.
 - Diseño del curso sobre enfermedades raras que cursan con retraso mental, para pediatras de atención primaria y atención hospitalaria.
 - Máster Universitario de Conocimiento de Enfermedades Raras. Universidad Internacional de Andalucía-Universidad Pablo Olavide.

Como propuesta innovadora y transversal de toda la organización se ha desarrollado la *Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía*, donde los valores compartidos entre ciudadanía, profesionales y la propia organización se han hecho explícitos y han sido trasladados desde el ámbito de la sociedad general al seno de la organización sanitaria como un espacio común de valores; se constituye como marco ético del SSPA.

Es un reflejo de la búsqueda de la excelencia y de compromiso con la calidad y su mejora continua. En 2013 se habilita un espacio web en el Portal de Salud de la Consejería,

denominado Bioética y Bioderecho, disponible tanto para profesionales como ciudadanía, a través de nuestro compromiso por la Calidad. Se constituye una *Red de Órganos de Ética del SSPA*, además de la creación de una *Web de coordinación de los órganos de ética de Andalucía* como herramienta de información, asesoramiento y orientación para ciudadanía y profesionales, así como de apoyo para los miembros de los diversos Comités.

Actualmente se trabaja en la elaboración del Mapa de competencias y buenas prácticas en Bioética para profesionales del SSPA.

4.1. Seguridad del Paciente

Desde el año 2006 se viene desarrollando en Andalucía "*La Estrategia para la Seguridad del Paciente*" en el marco del II Plan de Calidad. Posteriormente se ha evaluado con el propósito de conseguir una imagen global y plural del desarrollo de la Estrategia.

Con la información extraída de la evaluación y la colaboración de un grupo de expertos se llevó a cabo el diseño y elaboración de la nueva *Estrategia para la Seguridad del Paciente en el SSPA 2011-2014*.

Con esta nueva estrategia se continúa con la implementación de las líneas ya iniciadas, avanzando en nuevos desarrollos y objetivos y planteando acciones en tres aspectos: el ciudadano, los/las profesionales y un espacio común en el que se desarrolla una asistencia sanitaria de calidad y segura.

En este desarrollo de la ESP cabe destacar el papel que ha tenido el Observatorio para la Seguridad del Paciente del SSPA, que ha supuesto para Andalucía disponer de un importante referente como elemento dinamizador en la cultura de seguridad del paciente, impulsando el desarrollo de prácticas seguras, difundiendo las mejores recomendaciones, creando redes y compartiendo el conocimiento alrededor de la seguridad del paciente entre los centros y profesionales del SSPA. En este sentido, las acciones desarrolladas durante el 2013:

- Evaluación y reconocimiento mediante la obtención de distintivos del trabajo desarrollado por los centros y UGC para la implantación de *prácticas seguras*: manos seguras, prácticas seguras en cirugía, centros contra el dolor.
- Desarrollo de una herramienta para facilitar la autoevaluación de las UGC de todas las acciones dispuestas en la Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA y permitir evaluar su implantación y evolución.
- Favorecimiento de la notificación y gestión de incidentes de seguridad del paciente:
- Difusión de información relacionada con la seguridad del paciente a grupos de interés mediante la página web del Observatorio, correo electrónico y redes sociales:
- Extensión de la seguridad del paciente al ámbito de la atención sociosanitaria:
 - Realización de recomendaciones para la mejora de la seguridad del paciente en centros sociosanitarios en colaboración con SADECA y Universidad de Cádiz.
 - Formación para el desarrollo e implantación de prácticas seguras en centros de atención residencial para personas mayores.

- Desarrollo y mejoras en las aplicaciones móviles de salud realizadas por el Observatorio dirigidas a ciudadanos y profesionales.
 - Desarrollo de Comprueba (Listado de verificación prequirúrgica para ciudadanos) y de Notifica (Notificación de incidentes de seguridad).
 - Mejoras en la aplicaciones móviles: *RecuerdaMed* (Elaboración de listados completos de medicación, >10.000 descargas) y Pregunta por tu salud (Preparación de consulta sanitaria, 4.500 descargas).
- Incorporación en la acción conjunta de la Unión Europea “*Red Europea para la Seguridad del Paciente y Calidad Asistencial (PaSQ)*”, potenciando la implantación de diferentes prácticas seguras en centros del SSPA (higiene de manos, listados de verificación quirúrgica, conciliación de la medicación y escala pediátrica de alerta temprana).
- Además, dentro de la Estrategia para la Seguridad del Paciente, los centros sanitarios de Andalucía continúan desarrollando “Bacteriemia y Neumonía Zero” y actualmente el nuevo proyecto “Resistencia Zero” con la participación de todas las Unidades de Cuidados Intensivos.

4.2. Estrategia de Cuidados

Los Sistemas Sanitarios necesitan nuevos modelos de atención que sean capaces de adaptarse a los cambios demográficos y epidemiológicos que se producen en nuestra sociedad, responder a las necesidades y expectativas de las personas que atendemos. Para avanzar hacia la excelencia de los cuidados con el fin de mejorar y hacer efectivo el bienestar de las personas que padecen problema de salud y de sus familias, el Servicio Andaluz de Salud, viene apoyando una serie de mejoras específicas, que durante el año 2013 se centraron en los siguientes aspectos:

Nuevas competencias de la enfermera en el SSPA

Actuaciones en la prestación Farmacéutica: Se potencia el papel de la enfermera en el uso adecuado del medicamento promocionando la indicación y prescripción enfermera, el seguimiento farmacológico individual y la adherencia al tratamiento en personas con enfermedad crónica en Diabetes, Riesgo Vascular, Tratamiento Anticoagulación Oral y Sedación Paliativa.

La prescripción enfermera supone el 52,3% del total de productos sanitarios prescritos, manteniéndose la contención de costes, respecto al año anterior, ya que el incremento del importe de los productos sanitarios se ha elevado en 1,2%.

Se han diseñado y se continúa con la implantación en los centros en 2013, 4 protocolos de seguimiento de tratamiento farmacológico individualizado (SPTFI) referidos al seguimiento farmacológico de: personas con Diabetes, Riesgo Vascular, Anticoagulación Oral y en Sedación Paliativa.

Avance en la Educación Terapéutica de personas con enfermedades crónicas: Una educación terapéutica efectiva, llega a ser tan importante para la variabilidad pronóstica de la enfermedad crónica como la prescripción de un tratamiento farmacológico.

Se ha realizado en 2013 un curso de formación de formadores para 156 enfermeras del SSPA, que se continúa con la formación masiva de enfermeras/os del SSPA, dentro del Programa de Formación multiprofesional MOOC del Plan Integral de Atención a personas con enfermedades crónicas (aproximadamente 1.300 profesionales finalizan esta formación/ 40% aproximadamente son enfermeras). En esta formación se integra un módulo de formación en educación terapéutica para dar respuesta a todos los aspectos del cuidado y autocuidado que requieren estas personas con enfermedades crónicas, entre ellos los cuidados necesarios para la promoción de la salud, la prevención, el abordaje de la enfermedad y sobre todo las consecuencias derivadas de la enfermedad crónica.

Enfermera Gestora de Casos: Revisión del modelo de Gestión de Casos en Andalucía, incorporando las competencias específicas para implicar a las Enfermeras gestoras de Casos en la atención avanzada de personas con insuficiencia cardiaca, EPOC y diabetes con necesidades altamente complejas e inicio de formación y entrenamiento con la EASP en competencias avanzadas en el año 2013 (150 EGC formadas en 2013).

Enfermería de Práctica Avanzada

Además y también en el contexto de la Práctica Clínica Avanzada, el SSPA ya había incorporado y se continúa su desarrollo también durante 2013, roles enfermeros avanzados en áreas específicas: Enfermera referente para la atención ambulatoria del paciente con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), para la atención y apoyo a la toma de decisiones a pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (6 hospitales de la red).

Enfermera en cuidados avanzados en urgencias (ECA), para la mejora de la accesibilidad y la capacidad de respuesta finalista por parte de la enfermera a la demanda en la Atención en Urgencias, con resultados de resolución del 23%, y una alta satisfacción de los usuarios.

Para el desarrollo de la práctica avanzada ha sido necesario que el profesional reciba una formación específica, avanzada para el desempeño de estos roles.

Otros Servicios de Apoyo para la atención a las personas con necesidad de cuidados complejos y mayor vulnerabilidad ofertados por el SSPA

Personas que cuidan: La gestión de casos y el Plan de Mejora de la Atención a personas cuidadoras en Andalucía han sido el impulso para que la atención a las personas que cuidan se considere una prioridad como población diana específica de nuestro sistema sanitario. En 2013, fueron más de 65.000 las personas que cuidan las que disponen de la tarjeta + cuidado y que se benefician, hoy por hoy, de las prioridades en la atención, como cuidadoras/es de grandes discapacitados-dependientes.

Entre estos elementos de apoyo al cuidado para pacientes y cuidadores/as de grandes discapacitados-dependientes, desde el año 2002, se realiza la compra y se facilita un servicio de suministro de material específico de apoyo al cuidado para la mejora de la atención en el domicilio de estas personas, previniendo problemas de salud para ellos y las personas que los cuidan.

El material entregado a las familias como apoyo al cuidado es: Camas articuladas: 1160, carros elevadores: 1.000, colchones de aire alternante para evitar la aparición de úlceras por presión: 600, pares de barandillas: 1.000 y grúas: 1.200.

Plan de Seguimiento Telefónico Altas Hospitalarias Fin de Semana, festivos y vísperas para garantizar la continuidad de cuidados, especialmente de pacientes frágiles y de mayor complejidad de cuidados, que son dados de alta en el Hospital (incluidos los servicios de Urgencias) los fines de semana, días festivos y vísperas, se desarrolla el servicio de seguimiento telefónico al alta en Salud Responde.

En el año 2013, fueron incluidos 12.016 personas en *Telecontinuidad* y más de 18.000 las llamadas realizadas por el servicio para garantizar la continuidad de los cuidados.

4.3. Plan Estratégico de Formación Profesional SSPA

El Plan de Formación de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (2009), es una de las líneas prioritarias para nuestra consejería, pretende ser un instrumento de utilidad para los diferentes categorías profesionales con el fin de satisfacer las necesidades de reciclaje y formación permanente del personal del SSPA, que desarrolla su actividad laboral en los distintos ámbitos de nuestra organización. Este plan, establece como estrategia la formación ligada a competencias tanto en la formación continuada como en la formación de especialistas.

Las competencias son aquellos conocimientos, habilidades y actitudes que las y los profesionales precisan para el desarrollo de su trabajo. El Plan Integral de Formación centra su estrategia en mantener y mejorar las competencias profesionales para garantizar una asistencia de calidad y seguridad para con los pacientes.

En este sentido desde el Plan Integral se trabaja en formación de especialistas desde el pregrado, grado y especialidad y es la formación de los y las EIR (especialistas en formación) donde durante 2013 se ha consolidado el programa de formación en competencias transversales y el desarrollo del *PortaEir* como plataforma de gestión de la formación especialista utilizada por residentes, tutores y tutoras y jefaturas de estudios para todo lo relativo a la formación en cada una de las unidades docentes de Andalucía.

Con respecto a la formación continuada durante 2013 cada centro sanitario en Andalucía (hospital, distrito, área de gestión sanitaria o centro de salud) realizó la formación desde su propio centro o de forma centralizada en algunas materias. El uso de nuevas tecnologías docentes permite hacer formación y e-learning y utilizar sistemas "moodle o mooc", además de la formación presencial en algunas situaciones. De esta forma mejora la accesibilidad de los y las participantes y la disponibilidad de la formación.

Finalmente añadir que la formación continuada basada en competencias se ha realizado acorde a los pactos de actividad o acuerdos de gestión del Contrato Programa del año 2013.

4.4. Acreditación Profesional y de Centros

Al final de 2013 hay 460 centros y unidades sanitarias con certificación de calidad vigente en Andalucía (385 pertenecen al Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) y el resto al sector privado) y 168 se encuentran en proceso de certificación. A lo largo de 2013 se realizaron 90 visitas de evaluación y 211 visitas de seguimiento. Respecto al ámbito social, en 2013 se evaluaron los primeros 5 servicios residenciales.

Con relación a la certificación internacional se continúa con el desarrollo de proyectos fruto del acuerdo con el gobierno portugués (Protocolo de Cooperación Específica entre la Dirección General de Salud de Portugal y ACSA), que se ha traducido en 17 proyectos certificados en 2013 en Portugal. La valoración global obtenida para los procesos de certificación de centros y unidades sanitarias en este periodo es de 8,5 sobre 10.

En 2013 se obtuvo por parte de ENAC (*Entidad Nacional de Acreditación*) la renovación de la acreditación de los programas de certificación de centros y unidades asistenciales de ACSA, así como la acreditación del Programa de Cualificación de Evaluadores de ACSA.

Al finalizar el ejercicio 2013, se encuentran *en proceso de certificación cerca de 20.000 profesionales: 6.681 están en preparación, 5.967 en autoevaluación y 6.700 han logrado su acreditación: 3.314 en Nivel Avanzado, 2.385 en Nivel Experto y 1.001 en Nivel Excelente.*

Desde el comienzo de la *acreditación de la FC* en Andalucía hasta 31 de diciembre de 2013 se han acreditado un total de 32.153 *actividades* y 1.506 *programas*.

A finales de 2013, un total de 28 *páginas web* de contenido sanitario han pasado por acreditación por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía: 23 según la versión 1 del manual de estándares y 5 según la versión 2. Las páginas acreditadas cumplían el 88,4% de los estándares de calidad esenciales definidos en el programa de acreditación. El 59,4% de los procesos de acreditación de Páginas Web en curso o acreditados, correspondían a organismos públicos.

Durante el 2013, participaron 39 aplicaciones móviles de salud en el proceso de obtención del Distintivo *AppSaludable*, de las cuales 23 aplicaciones móviles quedaron en fase de autoevaluación, 12 en fase de evaluación y 4 aplicaciones móviles obtuvieron el Distintivo.

Otros proyectos de colaboración con otras entidades y/o financiados:

Proyecto "Está en tu mano". Proyecto financiado por Vodafone y la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo (CEICE). Dentro de este proyecto se están desarrollando y potenciando una serie de apps como pilotos de integración y conectores de los sistemas clínicos: Recuerdamed, Pregunta por tu salud, Comprueba, Notificación de incidentes. (Financiación de CEICE y Vodafone).

Acredita Mobile, que destaca por su potencial de información y recursos para los profesionales sanitarios, facilitando además el proceso de acreditación de estos. (Financiación de Intel y Microsoft).

Entidad colaboradora del Proyecto Minerva. Colaboración en la convocatoria 2013 de Minerva, prestando servicios de formación, selección de proyectos, cartera de servicios para los proyectos escogidos, siendo el Distintivo AppSaludable obligatorio para los proyectos de emprendimiento en salud.

5. I+D+i para la Sostenibilidad del SSPA

5.1. Ciudadanos

5.1.1. Receta XXI

El nivel de implantación de receta electrónica (Receta XXI) en Andalucía tanto en el nivel de atención primaria como en el de la hospitalaria, alcanza en 2013 el 100% de la población.

En cuanto al grado de utilización, en 2013, el 97% de las recetas que se prescriben en atención primaria y el 70% de las de atención hospitalaria se realizan a través de receta electrónica. En total, el 95% de las recetas que se prescriben son electrónicas y sólo permanece un 5% de papel.

La principal ventaja de Receta XXI es que evita a los pacientes crónicos tener que acudir a su médico de forma periódica con la única finalidad de recoger las recetas para la continuación de sus tratamientos. Al mismo tiempo, permite a los profesionales disponer de más tiempo para la asistencia a sus pacientes. En cuanto al número de consultas, se ha constatado una reducción del 15 % en el número de visitas a los centros de salud.

Además, Receta XXI ha permitido evitar que los pensionistas tengan que adelantar dinero procedente del nuevo copago en prestación farmacéutica, establecido por el gobierno de la nación, ya que el sistema identifica cuándo se ha alcanzado el tope establecido para cada pensionista. De hecho, entre julio de 2012 (fecha en la que comenzó a estar operativo el nuevo copago farmacéutico) y diciembre de 2013, este sistema ha evitado que los pensionistas andaluces hayan tenido que adelantar 51,87 millones de euros. Se ha evitado, igualmente, la carga administrativa de tramitación de más de 5,9 millones de expedientes administrativos de reclamación, ya que esta medida afecta a unos 328.000 pensionistas al mes.

5.1.2. Historia de proximidad

La Historia de proximidad o historia de movilidad es el módulo de Diraya que da soporte a toda la actividad que se recoge en el ámbito de las emergencias sanitarias. Desarrollado para ser accesible desde dispositivos móviles, permite el registro de toda la actividad desarrollada en la ambulancia, informes, toma de constantes, registro de electros, etc. y se integra de manera automática con el resto de la historia clínica del paciente. Una de las principales ventajas de este módulo es que cuando el paciente se dirige a un centro hospitalario para ser visto en urgencias, los profesionales ya han tenido acceso a la información que se ha ido registrando en la ambulancia, por lo que están totalmente preparados para su recepción. Todos los profesionales cuentan con unas *tablets* desde las cuales pueden registrar su actividad.

5.2. Profesionales

5.2.1. Investigación en Salud

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha incorporado la Investigación, Desarrollo e Innovación (I+D+i) como "Línea de producción del Sistema Sanitario Público de Andalucía" junto a la asistencia y a la docencia. Ello ha significado la incorporación de la I+D+i a todos los instrumentos de planificación, gestión y evaluación del Organismo (SAS). Este enfoque estratégico, en el contexto de la Estrategia de I+D+i en Salud en Andalucía, y en el periodo 2011-2013 se ha traducido en distintas acciones que se describen a continuación.

Desarrollo de un Programa de Capital Humano Investigador

El Programa de Capital Humano Investigador comprende un conjunto de medidas que inciden en la actividad científica y profesional de quienes son en última instancia los agentes del cambio: los profesionales sanitarios de las instituciones del sistema sanitario público de Andalucía (SSPA) y de los centros de investigación biomédica en los que éste participa.

Desarrollos realizados:

a) Acciones de refuerzo de la actividad investigadora con recursos profesionales.

- Destinatarios:
 - Unidades de Gestión Clínica.
 - Estructuras Comunes de Apoyo a la investigación (ECAIs).
- Líneas de refuerzo (hasta 2013):
 - Intensificación (un año): 46 refuerzos a tiempo parcial (23 anuales).
 - Contratos de Larga Duración (cinco años): 10 contratos con perfil asistencial – investigador (5 anuales).
 - Contratos de Investigadores de carrera (P. Nicolás Monardes) (cuatro años): 16 investigadores incorporados (8 anuales).
 - Contratos de Técnicos de apoyo (cuatro años): 25 Técnicos incorporados (12-13 anuales).

b) *Acciones específicas de Formación en Investigación.*

- Cursos Básicos e Intermedios (623 alumnos).
- Diploma Experto en Epidemiología e Investigación Clínica (54 alumnos).
- Curso de Gestión de la Investigación para Directores de Unidades de Gestión Clínica.

c) *Refuerzo de la perspectiva científica en los procesos y baremos de selección de Cargos Intermedios.*

- Direcciones de Unidades de Gestión Clínica.
- Jefaturas de Bloque de Enfermería.

5.2.2. Iniciativa Andaluza en Terapias Avanzadas

La Iniciativa Andaluza en Terapias Avanzadas (IATA) es una *estrategia del Gobierno de Andalucía* promovida por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales con la colaboración de la Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo, que fue presentada en sesión plenaria del Parlamento de Andalucía el 11 de marzo de 2009.

La IATA representa un nuevo *modelo organizativo* innovador para el impulso de la investigación traslacional en el campo de la terapia celular y la medicina regenerativa, la genética clínica y la medicina genómica, y la nanomedicina.

El objetivo principal de la unidad de coordinación de la IATA es facilitar la traslación de los resultados de la investigación al ámbito clínico estableciendo colaboraciones con los diferentes agentes implicados y coordinando la investigación en este tipo de terapias de modo que se optimicen los recursos, se potencien las sinergias y se garantice el soporte multidisciplinar necesario para el desarrollo de este tipo de terapias, que representan un tipo de medicamento fuertemente regulado en la Unión Europea.

La unidad de coordinación de la IATA, *a lo largo del año 2013*, ha continuado impulsando la estrategia y el plan de actuación 2010-2015, destacando las siguientes *medidas organizativas* orientadas a la búsqueda de la eficiencia, la calidad, la equidad, la transparencia y la sostenibilidad del SSPA:

- Definición de *objetivos* relacionados con las terapias avanzadas orientados a mejorar la eficiencia y la equidad en el acceso a estos tratamientos.
- Establecimiento de una política de *reducción del gasto y mejora de la eficiencia* en una doble vertiente, por un lado promoviendo el uso de tratamientos de terapias avanzadas de fabricación propia (con un coste inferior) en lugar de las opciones existentes en el mercado (ej: condrocitos autólogos) y por otro lado maximizando el aprovechamiento de los recursos existentes con un incremento progresivo de la actividad (ej: incremento de los usos compasivos).
- Incremento de la actividad en la *participación en redes, acciones y convocatorias* tanto a nivel nacional como internacional, incluyendo la solicitud y captación de fondos competitivos.

- *Fortalecimiento y consolidación de las estructuras de producción (grupos y centros de investigación) de I+D+i claves en Andalucía* en el ámbito de las Terapias Avanzadas, garantizando así la sostenibilidad de la inversión realizada y el mantenimiento de las mismas. Entre dichas estructuras se encuentran: el Banco Andaluz de Células Madre (nodo central del Banco Nacional de Líneas Celulares), CABIMER, GENYO, BIONAND, LARCEL y GBPA.
- *Actividad Científica (proyectos de investigación)*. Desde la unidad de coordinación de la IATA se ha dado soporte a la realización de 31 proyectos. Todos ellos desarrollados por grupos de investigación interdisciplinares (Sistema Nacional de Salud, universidades, parques tecnológicos, empresas) de alto impacto e interés para el SSPA, con productos en diferente grado de maduración
- *Refuerzo de las estructuras de apoyo a la investigación*, garantizando la continuidad de puestos claves, tanto investigadores como tecnólogos distribuidos en diferentes estructuras de producción del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) dedicadas al campo de las Terapias Avanzadas. Se ha mantenido y estimulado el empleo en áreas de alto impacto y competitividad y la *Renovación y mejora de las infraestructuras científicas y tecnológicas*, como el Banco Andaluz de Células Madre y la red de laboratorios fabricantes de medicamentos de terapias avanzadas de acuerdo a normas de correcta fabricación (NCF o GMP del inglés GoodManufacturingPractice, dotando de mayor competitividad a las estructuras y garantizando el desarrollo de la actividad I+i.
- En 2013 se obtuvo la reautorización de los laboratorios GMP de CABIMER para la fabricación de células mesenquimales autólogas de grasa, y del Hospital Virgen de las Nieves para células mesenquimales alogénicas de grasa. En este mismo centro, en colaboración con el Centro de Medicina Transfusional de Granada, se obtuvo la autorización de fabricación de córneas ingenierizadas, lo que ha supuesto un hito a nivel internacional.
- *Programas formativos especializados*:
 - Se ha dado continuidad a *Programas de Movilidad especializados* que son fruto de alianzas a nivel internacional.
 - Se ha puesto en marcha la segunda edición del *“Master in Manufacturing of AdvancedTherapy Medicinal Products”*, máster internacional y actividad pionera a nivel europeo.
 - Además, en 2013, la unidad de coordinación de la IATA también puso en marcha un nuevo programa formativo *“Curso online de Normas de Buena Práctica Clínica (BPC)”*, dirigido a profesionales sanitarios que están participando, o tengan previsto participar en el desarrollo de ensayos clínicos.
- *Colaboraciones internacionales*. Las principales colaboraciones internacionales en el año 2013 son las establecidas entre un grupo multidisciplinar del Hospital Universitario Reina Sofía y otro de la Universidad de California en Davis (UC Davis) que se inició en 2012 fruto del convenio de colaboración firmado en 2010 entre la Iniciativa Andaluza de Terapias Avanzadas y el California Institute for Regenerative Medicine (CIRM).
Ambos centros trabajan de forma colaborativa en un proyecto de investigación que incluye una fase de desarrollo preclínico y la posterior realización de un ensayo

clínico fase I con células madre mesenquimales alogénicas modificadas genéticamente para evitar amputaciones por isquemia crítica de miembros inferiores. Y en el año 2013 también destaca el impulso de la colaboración entre el Prof. Horner del Institute for Stem Cell Biology and Regenerative Medicine de la University of Washington, el Prof. Cibelli y la Unidad de Neurocirugía del Hospital Universitario Virgen del Rocío para el desarrollo de un proyecto de investigación en lesión medular crónica.

Índice de gráficos

Gráfico 2.1. Implantación de Unidades de Gestión Clínica. Andalucía, 1999-2013.....	13
Gráfico 2.2. Procedimientos de Hospital de Día Médico. Andalucía, 2004-2013.....	16
Gráfico 2.3. Implantación de la certificación ISO 14001 SSPA.....	21

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

ACSA: Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

AP: Atención Primaria

APP: aplicación informática para dispositivos móviles o tabletas

B

BIONAND: Centro Andaluz de Nanomedicina y Biotecnología

BPC: Buenas prácticas clínicas

C

CAMIBER: Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa

CEICE: Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo

CIRM: California Institute for Regenerative Medicine

CISPS: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

ClicSalud: acceso por parte de la ciudadanía a su historia clínica electrónica vía web

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria

D

DAE: Diraya Atención Especializada

Diraya: sistema que se utiliza en el Sistema Sanitario Público de Andalucía como soporte de la Historia Clínica Electrónica

E

EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública

ECA: Enfermera en cuidados avanzados en urgencias

ECAIs: Estructuras Comunes de Apoyo a la investigación

EGC: Enfermera Gestora de Casos

EIR: Especialistas en formación

ENAC: Entidad Nacional de Acreditación

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

ERCA: Enfermera referente para la atención ambulatoria del paciente con enfermedad renal crónica avanzada

eSET: Programa de transferencia electiva de embrión único

ESP: Estrategia para la Seguridad del Paciente

F

FC: Formación Continuada

FEDER: Federación Española de Enfermedades Raras

FEDER: Fondos Europeos de Desarrollo Regional

FIV/ICSI: Fecundación in Vitro con microinyecciónintracitoplasmática (ICSI)

I

IRAS: Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria

G

GBPA: Plataforma de Genómica y Bioinformática de Andalucía (GBPA), de sus siglas en inglés Genomics and BioinformaticsPlatform of Andalusia

GENyO: Centro Pfizer-Universidad de Granada-Junta de Andalucía de Genómica e Investigación Oncológica

GMP: del inglés Goog Manufacturing Practice

H

HCDSNS: Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud

HDM: Hospital de Día Médico

I

IATA: Iniciativa Andaluza en Terapias Avanzadas

IAVANTE: Fundación Pública Andaluza para el Avance Tecnológico y Entrenamiento Profesional

iCMBD: Herramienta de consulta de indicadores para el análisis de la hospitalización, basados en el CMBD

i+D+I: Investigación + Desarrollo + innovación

iOS: iPhone/iPod/iPad OperatingSystem, sistema operativo de la empresa Apple Inc. para sus dispositivos móviles

L

LARCEL: Laboratorio Andaluz de Reprogramación Celular

M

MOODLE: Entorno de Aprendizaje Dinámico Orientado a Objetos y Modular

MOOC: acrónimo en inglés de massive open online course, traducido al español como curso en línea masivo y abierto

N

NCF: Normas de correcta fabricación

O

OCDE: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico

P

PAD: Planificación Anticipada de las Decisiones

PALANTE: Proyecto europeo Patients Leading and managing their healthcare through EHealth

PaSQ: Red Europea para la Seguridad del Paciente y Calidad Asistencial.

PAPER: Plan Andaluz de Atención a la Personas con Enfermedades Raras

PDI: Pruebas Diagnósticas por Imagen

PIROSOA: Programa integral de prevención, control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de los antimicrobianos

PortalEIr: Plataforma de gestión de la formación especialista utilizada por los residentes, tutores y jefaturas de estudios para la formación en cada una de las unidades docentes de Andalucía

R

Receta XXI: gestión de la receta electrónica en Andalucía

RecuerdaMed: aplicación para dispositivos móviles con el fin de mejorar la cumplimentación del tratamiento de pacientes crónicos polimedicados.

RD: Real Decreto

S

SADECA: Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial

SAS: Servicio Andaluz de Salud

SIGA: Sistema Integrado de Gestión Ambiental

SIGLO: Sistema Integrado de Gestión Logística

SMS: Short Message Service, servicio disponible en los teléfonos móviles que permite el envío de mensajes de texto

SPTFI: Protocolos de seguimiento de tratamiento farmacológico individualizado

SSPA: Sistema Sanitario Público de Andalucía

START/STOPP: screening tool to alert to right treatment (START) for detection of potential errors of prescribing commission and omission and screening tool of older persons' prescriptions (STOPP).

T

TARCJA: Tribunal Administrativo de Recursos Contractuales de la Junta de Andalucía

U

UC: Universidad de California

UGC: Unidades de Gestión Clínica

Informe anual
del Sistema Nacional
de Salud 2013
Aragón



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	3
Resumen	4
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	5
1. Estrategias de mejora de la calidad y atención al usuario.....	5
1.1. Elaboración del Plan de Calidad del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, aprobado en Consejo de Gobierno el 28 de mayo de 2013.	5
1.2. Plan de Atención al Usuario de los Sistemas de Salud y Servicios Sociales	5
1.3. Impulso de la Bioética en Aragón como desarrollo de la Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.....	6
1.4. Plataforma Salud/Social Informa.	6
1.5. Área de investigación de expectativas y satisfacción del usuario de servicios de salud y sociales.....	6
2. Estrategias en gestión de recursos humanos	7
3. Nuevos recursos asistenciales	8
4. Ordenación profesional.....	8
5. Programas relevantes en 2013	9
5.1. Programas de promoción de la salud.....	9
5.2. Programa de detección precoz de cáncer colo-rectal.....	9
5.3. Programa de atención bucodental.....	11
5.4. Programa de atención a la salud mental en centros concertados.....	11
5.5. Programa de donación y trasplante de órganos	11
5.6. Programa de banco de sangre y tejidos	13
6. Medidas en planificación en 2013.....	13
6.1. Accesibilidad	13
6.2. Convenios con otras comunidades autónomas, administraciones.	15
7. Medidas en prestación farmacéutica.....	15

7.1.	Gasto farmacéutico a través de receta	16
7.2.	Consumo de medicamentos genéricos	17
7.3.	Medidas para la eficiencia de la prestación farmacéutica	17
8.	Medidas en el ámbito de tecnologías de la información y comunicaciones (TIC)	19
8.1.	Mejoras en los sistemas de información:	21
9.	Medidas de investigación e innovación	22
10.	Medidas de eficiencia en el gasto sanitario	23
10.1.	Gestión presupuestaria por centro	23
10.2.	Suspensión del autoconcierto y minorización de conciertos	23
10.3.	Centralización de compras y suministros	24
10.4.	Otras actuaciones realizadas	25
11.	Obras y mejoras de instalaciones en 2013	25
	Índice de Tablas	27
	Índice de gráficos	28
	Abreviaturas, acrónimos y siglas	29

Demografía y entorno económico

	Aragón	España	Fuente
Población	1.334.503	46.593.236	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	49,7	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	50,3	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	14,2	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	65,4	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	20,5	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	8,7	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	6,3	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

Las estrategias y medidas del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón en 2013 han ido encaminadas a la eficiencia en el gasto sanitario que han supuesto una disminución del 9,63% en el periodo 2011-2013, todo ello sin verse afectada la calidad percibida por los usuarios como se ha puesto de manifiesto en los resultados de satisfacción tanto en el último barómetro sanitario del CIS como en el informe de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), donde Aragón presenta unos resultados muy destacados.

Entre las medidas encaminadas a la eficiencia en el gasto sanitario resaltamos el funcionamiento de la central de compras y las medidas encaminadas al control del gasto farmacéutico que han permitido abaratar el coste, manteniendo la calidad en los servicios sanitarios.

En cuanto a la adecuación de los recursos humanos y asistenciales, se ha propiciado la consolidación de plantillas y una nueva oferta de servicios, en especial en el campo de la salud mental. Un plan especial para la gestión de las listas de espera ha permitido dar asistencia a un mayor número de ciudadanos.

Con respecto a las tecnologías de la información, se ha consolidado la e-receta, los accesos a historia clínica electrónica y la mejora de determinados sistemas de información (Farmacia, Urgencias y Enfermedades Raras).

En Innovación se ha trabajado en colaboración con proyectos nacionales e internacionales (Proyecto Guía Salud), se han consolidado y ampliado los proyectos del Centro de Investigación Biomédica de Aragón (CIBA).

Finalmente el Departamento ha colaborado activamente con las Estrategias del Sistema Nacional de Salud, en los ámbitos de promoción de la salud, detección precoz del cáncer colorrectal, trasplante y donación de órganos. Todas estas acciones se han realizado dentro del marco del Plan de calidad de este Departamento.

Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013

El Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón afronta la planificación de la gestión orientada a la calidad y excelencia de forma conjunta, basada en la participación de todos los centros directivos y organismos públicos que componen el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Contando con los profesionales, la tecnología, los sistemas de información y la adecuación de un modelo de atención, que debe saber dar respuesta a las necesidades actuales de la sociedad.

1. Estrategias de mejora de la calidad y atención al usuario

Las estrategias que se desarrollaron desde la Dirección General de Calidad y Atención al Usuario durante el año 2013 se orientaron a aprobar e implementar dos planes estratégicos que afectan a las áreas de calidad y de atención al usuario, respectivamente. En concreto se plasman en lo siguiente:

1.1. Elaboración del Plan de Calidad del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, aprobado en Consejo de Gobierno el 28 de mayo de 2013

- Implantar la gestión por procesos: el Plan establece en su objetivo 1.1. la necesidad de “adoptar un modelo de gestión de la calidad, basado en el Modelo de Excelencia EFQM, y definir los elementos esenciales para el despliegue de la estrategia de calidad por toda la organización”, con el objetivo de adoptar una gestión por procesos homogénea, que permita una organización más flexible y horizontal, para lograr la eficiencia y racionalización de los servicios ofertados por el Departamento. En este sentido, se han elaborado mapas de procesos de nivel 0 (nivel departamental) y 1 (nivel direcciones generales y organismos autónomos).
- Impulsar en el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia la constitución de grupos de mejora, previstos en la Ley 5/2013, de 20 de junio, de calidad de los Servicios Públicos de las Administraciones de la Comunidad Autónoma de Aragón, en relación con la mejora de los sistemas de información y con la elaboración de planes de gestión.
- Elaboración de Cartas de Servicios con la finalidad de dar a conocer a los usuarios de los servicios sanitarios y sociales los compromisos que la Administración adquiere con ellos.

1.2. Plan de Atención al Usuario de los Sistemas de Salud y Servicios Sociales

- Durante 2013 se ha estado trabajando en la elaboración e implementación del Plan de Atención al Usuario de los Sistemas de Salud y Servicios Sociales cuya finalidad es definir un modelo de atención al usuario cuyo ámbito corresponde tanto al sistema de salud como al sistema de servicios sociales y que se basa en cinco

estrategias: derechos y deberes; información, sistemas y tecnologías de la información, y comunicación (TIC); accesibilidad; participación; organización y funcionamiento de los servicios y unidades de atención al usuario.

- De acuerdo con el plan, se están regulando y poniendo en marcha los servicios de atención al usuario en servicios sociales y adecuando los ya existentes en el Sistema de Salud de Aragón. Así mismo, se está trabajando en unificar los sistemas de información de quejas.

1.3. Impulso de la Bioética en Aragón como desarrollo de la Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte

- Desarrollo de la Ley en lo que concierne a la creación y constitución del Comité de Bioética de Aragón y de los comités de ética asistencial, definiendo y poniendo en marcha el sistema de acreditación de estos últimos.
- Impulsar el desarrollo de las voluntades anticipadas tanto entre los ciudadanos como entre los profesionales sanitarios.
- Información a los ciudadanos y formación de los profesionales en materia de bioética.

1.4. Plataforma Salud/Social Informa

- Acceso a información de carácter sanitario y social veraz, específica, actualizada y concreta, elaborada a partir de grupos de trabajo interprofesionales.
- Desarrollo de un área de participación de los usuarios y ciudadanos, especialmente pensado para la participación ciudadana y del tejido asociativo.
- Acercamiento de la administración al ciudadano poniendo a disposición de los usuarios procedimientos del área sanitaria y social que pueden desarrollar telemáticamente.
- Facilitar a los ciudadanos del Sistema de Salud de Aragón acceso a su información y documentación clínica a través de la carpeta de salud.

1.5. Área de investigación de expectativas y satisfacción del usuario de servicios de salud y sociales

- Encuesta de Satisfacción de Usuarios de Atención Primaria 2013: se realiza de manera periódica y se ha entrevistado por teléfono a 23.209 personas mediante un cuestionario que contiene preguntas relativas a la opinión sobre el estado de las instalaciones, la solución dada al problema, la confianza que transmite el personal, la satisfacción con los cuidados sanitarios o la información recibida. Se ha solicitado también a los usuarios que manifiesten aspectos positivos y negativos de los servicios.
- Diseño del Estudio de expectativas de los sistemas de salud y servicios sociales. En el año 2013 se ha realizado el diseño de estudio utilizando técnicas de

investigación cualitativas para conocer las expectativas de los ciudadanos respecto al Sistema de Salud y al Sistema de Servicios Sociales de Aragón.

2. Estrategias en gestión de recursos humanos

- Durante el año 2013, la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, posibilitando una mayor conciliación de la vida personal, familiar y laboral de los trabajadores realizó diversos acoplamientos internos previos a la celebración de los traslados generales, seguidamente se convocó un concurso de traslados afectando a las distintas categorías profesionales.

Tabla 2.1. Relación de plazas y categorías ofertadas a concurso

Categoría	Plazas ofertadas	Participantes
Personal Sanitario	1.217	2.151
Personal No Sanitario	1.649	800

Fuente: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Gobierno de Aragón.

Posteriormente se llevó a cabo la incorporación de profesionales, como consecuencia de las convocatorias de concurso-oposición, procedentes de ofertas de empleo anteriores no convocadas, en las categorías siguientes:

Tabla 2.2. Relación plazas ofertadas y categorías en concurso- oposición

Categoría	Plazas ofertadas	Participantes
Personal Sanitario	895	25.783
Personal No Sanitario	127	20.271

Fuente: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Gobierno de Aragón.

- Se puso en marcha el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Aragonés de Salud en mayo 2013 en materia de jubilación y prolongación de la permanencia en el servicio activo del personal de sus instituciones y centros sanitarios, así como la regulación del procedimiento para la prolongación de la permanencia en el servicio activo al cumplir la edad ordinaria de jubilación forzosa. Se pretendió con esta medida una renovación de plantillas y una mayor eficiencia en el funcionamiento de los centros.
- Se sustituyó el concepto económico de la productividad variable por objetivos, correspondiente al ejercicio económico de 2012, por una compensación en concepto de días adicionales de permiso retribuido.

- En el ámbito de la regulación e integración del personal se tomaron las siguientes medidas:
 - Acuerdo del Gobierno de Aragón, de 30 de julio de 2013, por el que se regulan los puestos de médicos y enfermeros de atención continuada (MACy EAC) en Atención Primaria. En este mismo año 2013, se estabilizó a este colectivo incorporándose a los correspondientes puestos de trabajo un total de 102 MAC y 187 EAC.
 - Se reguló el procedimiento para la integración del personal de cupo y zona en las modalidades de Equipo o Área en Atención Primaria y servicios jerarquizados en Atención Especializada.
 - Orden de 27 de diciembre de 2013, de los Consejeros de Hacienda y Administración Pública y de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se aprueba la convocatoria de integración de personal funcionario de carrera sanitario que presta sus servicios en el Servicio Aragonés de Salud en la condición de personal estatutario fijo.
 - Se reorganizaron las plantillas de Atención Primaria, equilibrando los centros más dimensionados con los de mayor necesidad asistencial, garantizando la sostenibilidad del sistema sanitario y el aprovechamiento de los recursos disponibles.
 - Se integró el personal médico APD (Asistencia Pública Domiciliaria) en el Servicio Aragonés de Salud.

3. Nuevos recursos asistenciales

Durante el año 2013 se pusieron en marcha nuevos recursos en el ámbito de la Atención en Salud Mental:

- Creación de una Unidad de Hospitalización Infanto-Juvenil siendo referencia para toda la Comunidad Autónoma de Aragón para la atención de hospitalización de pacientes entre 14 y 18 años.
- Apertura de un Centro de Día de Salud Mental, un Hospital de Día de Salud Mental y una Unidad de Hospitalización de Adultos de corta estancia de Salud Mental.
- Aumento de plazas en comunidad terapéutica de rehabilitación de drogodependencias.

4. Ordenación profesional

Desarrollo Normativo:

ORDEN de 4 de diciembre de 2013, del Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se regula el procedimiento de habilitación del personal a los nuevos requisitos de formación establecidos en el Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera en la Comunidad Autónoma de Aragón.

Ley 9/2013, de 28 de noviembre, de autoridad de profesionales del sistema sanitario y de servicios sociales públicos de Aragón.

Acreditación Docente:

Se acreditaron durante 2013 las siguientes unidades docentes: oncología radioterápica en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza y unidad docente de geriatría en Teruel.

5. Programas relevantes en 2013

5.1. Programas de promoción de la salud

Las principales actuaciones llevadas a cabo pueden resumirse en los siguientes aspectos.

- Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS):

La RAEPS integra a aquellos centros educativos aragoneses acreditados como escuelas promotoras de salud. Puede formar parte de la RAEPS cualquier centro educativo aragonés sostenido con fondos públicos, que tenga como objetivo trabajar la promoción de salud y promover modos de vida sanos en toda la comunidad educativa.

Durante el 2013 han participado 108 escuelas en dicho plan lo que ha supuesto un incremento del 50% vs el año de inicio 2009 con participación de 54 escuelas.

- Estrategia de Alimentación y Actividad Física Saludable en Aragón.

En 2013 se aprobó la Estrategia 2013-2018 de Alimentación y Actividad Física Saludable en Aragón, que nace con el objetivo de sensibilizar a la población aragonesa del problema que la obesidad representa para la salud, y la necesidad de reunir e impulsar todas aquellas iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos, y especialmente los niños y jóvenes, adopten hábitos de vida saludables.

Durante el 2013 se ha continuado con los proyectos iniciados sobre:

- Programas Escolares de Salud.
- Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS).

5.2. Programa de detección precoz de cáncer colo-rectal

Durante el año 2013 se ha llevado a cabo la implantación del programa de detección precoz de cáncer colorrectal. La población diana del programa es aquella población calificada como de "riesgo medio" para cáncer colorrectal (CCR): población de ambos sexos, de 50 a 69 años de edad, sin otros factores de riesgo específicos conocidos para CCR.

Quedan por tanto excluidos de este programa e incluidos en otras actuaciones específicas los pacientes de "riesgo alto" como son personas con sintomatología propia, antecedentes familiares o personales de cáncer colorrectal, etc.

Planificación de puesta en marcha:

- Primera Fase:

Establecer el cribado de sangre oculta en heces (SOHi) en población de 60-69 años, seguida de colonoscopia en aquellos que resulten positivos. El método elegido de determinación de sangre oculta en heces es el método inmunológico cuantitativo automatizado con una sola muestra, en el que se utilizan anticuerpos específicos contra la hemoglobina humana.

- Segunda Fase:

Extender a población de 50 a 69 años.

Tabla 5.1. Primera fase de implantación. Programa de detección del cáncer colorrectal

SECTOR	Población*	Previsión SOHi		Previsión Colonoscopias	
		60-69	30%	50%	30%	50%
Zaragoza I	18.057	5.417	9.029	542	903
Zaragoza II	44.510	13.353	22.255	1.335	2.116
Zaragoza III	30.103	9.031	15.052	903	1.505
Calatayud	5.234	1.570	2.617	157	262
Huesca	11.136	3.341	5.568	334	557
Barbastro	10.943	3.283	5.472	328	547
Teruel	7.231	2.169	3.616	217	362
Alcañiz	7.438	2.231	3.719	223	327
TOTAL	134.652	40.396	67.326	4.040	6.733

Fuente: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Gobierno de Aragón.
BDU * (Base de datos de Usuarios) enero 2013.

Tabla 5.2. Población diana total. Programa de detección del cáncer colorrectal

SECTOR	Población*	Previsión SOHi		Previsión Colonoscopias	
		50-69	30%	50%	30%	50%
Zaragoza I	43.863	13.159	21.932	1.316	2.193
Zaragoza II	95.605	28.682	47.803	2.868	4.780
Zaragoza III	68.409	20.523	34.205	2.052	3.420
Calatayud	11.356	3.407	5.678	341	568
Huesca	26.020	7.806	13.010	781	1.301
Barbastro	24.907	7.472	12.454	747	1.245
Teruel	17.189	5.157	8.595	516	859
Alcañiz	16.868	5.060	8.434	506	843
TOTAL	321.085	96.326	160.543	9.633	13.690

Fuente: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Gobierno de Aragón.
BDU * (Base de datos de Usuarios) enero 2013.

5.3. Programa de atención bucodental

En 2013 se realizó:

- La consolidación del programa de atención *bucodental infanto-juvenil* con la participación de las unidades del servicio público y los dentistas habilitados privados.
- Dicho programa se desarrolla con una amplia cartera de servicios para niños de 9 a 13 años prestada en un 60% por proveedores privados y 40% públicos.

5.4. Programa de atención a la salud mental en centros concertados

Durante el 2013 se llevó a cabo la adjudicación de plazas concertadas en el ámbito de la Salud Mental a través de un Acuerdo Marco, que supuso la homogenización y ordenación de las prestaciones y tarifas de los mismos.

5.5. Programa de donación y trasplante de órganos

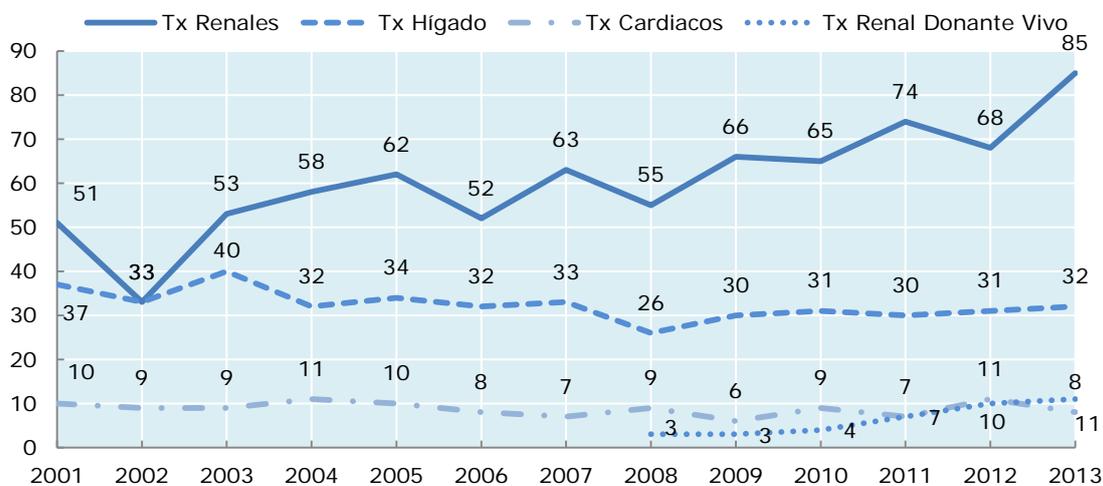
La Unidad de Coordinación de Trasplantes, trabaja en coordinación con las estrategias implantadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad.

Aragón dispone de tres programas de trasplante de órganos sólidos: trasplante renal, trasplante hepático y trasplante cardíaco con 85, 32 y 8 trasplantes realizados respectivamente.

Las acciones relevantes llevadas a cabo por esta unidad durante el año 2013 fueron:

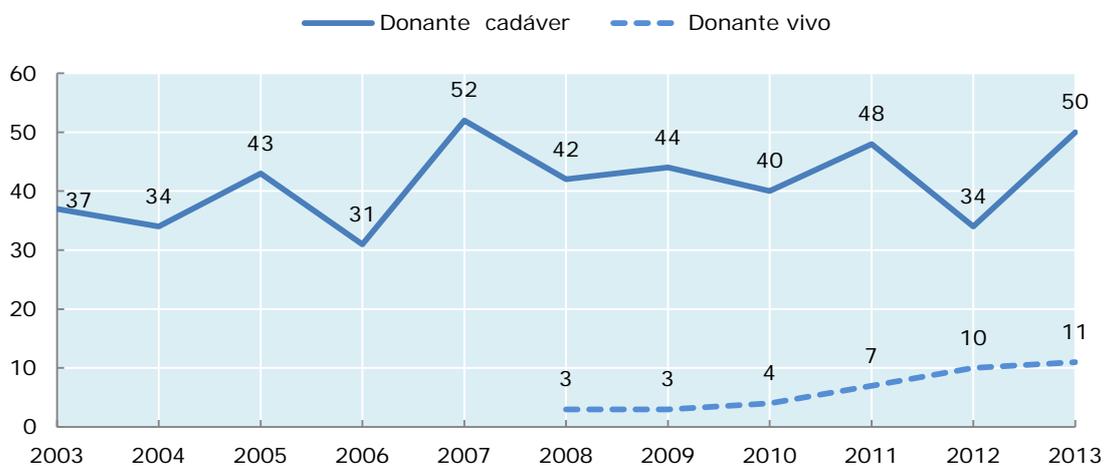
- Progresivo incremento de la actividad de donación y trasplantes. La tasa de donantes durante el 2013 por millón de población (pmp) se situó en el 37,1 lo que supuso, en valores absolutos, 50 donantes cadáver de órganos, superior a la tasa nacional que se situó en 35,1 donantes pmp.

Gráfico 5.1. Evolución de la actividad de trasplantes en Aragón



Fuente: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Gobierno de Aragón.

Gráfico 5.2. Evolución del número de donantes en Aragón



Fuente: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Gobierno de Aragón

- Potenciación del programa del trasplante renal con donante vivo, con una estimación de ahorro en los dos próximos años de unos 2.000.000 de euros anuales gracias a la actividad del trasplante renal, frente al coste que supondría mantener a estos pacientes con tratamiento sustitutivo renal mediante hemodiálisis.

- Ahorro en torno a 10.000 euros anuales por cada paciente que recibe tratamiento sustitutivo renal mediante diálisis peritoneal frente al coste de la hemodiálisis hospitalaria.
- Ampliación de la actividad de Banco de Leche Humana en las provincias de Huesca y Teruel.
- Programa de trasplante de progenitores hematopoyéticos: durante el año 2013 se han realizado un total de 58 trasplantes de progenitores hematopoyéticos. De ellos 12 han sido de tipo alogénico con donante emparentado, lo que ha supuesto mantener la actividad del año 2012.
- La Comunidad Autónoma de Aragón no realiza trasplantes de médula ósea de tipo alogénico NO emparentado, derivando a los pacientes que precisan esta modalidad de trasplante a diferentes centros de referencia nacional para la realización del mismo. Este procedimiento requiere que sea iniciada la búsqueda de donante a través del REDMO, por la Unidad de Coordinación Autonómica de Trasplantes de Aragón. En un futuro se prevé la puesta en marcha del programa de trasplante de médula ósea en la modalidad alogénico no emparentado en el Servicio de Hematología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.
- En nuestra Comunidad existe un programa de captación de unidades de cordón umbilical, que desde el año 2008 viene recogiendo estas unidades en tres maternidades autorizadas de nuestra Comunidad. Las unidades obtenidas son almacenadas en el Banco de Sangre de Cordón de Barcelona dentro del Programa *CONCORDIA*, y han permitido hasta la fecha realizar 32 trasplantes de progenitores en España y el extranjero. En el año 2013 se realizaron dos trasplantes con unidades de sangre de cordón umbilical donadas en Aragón, una en Latinoamérica y otro en Oriente Próximo.

5.6. Programa de banco de sangre y tejidos

- Se incorporó al Plan Nacional de Donación de Médula Ósea, para captación de donantes triplicando el número de donantes registrados en el año anterior.
- Se implantó un nuevo carnet de donante, llevando implícita una actualización de las base de datos de los donantes de sangre.
- Automatización del fraccionamiento de los componentes sanguíneos permitiendo una mejora en la calidad de los productos obtenidos, así como una mejor eficiencia en el equipo de trabajo.

6. Medidas en planificación en 2013

6.1. Accesibilidad

Durante el 2013, la apuesta por el aumento de la capacidad de resolución de la Atención Primaria, la coordinación y el establecimiento de protocolos clínicos, han tenido como consecuencia una disminución de la variabilidad en la asistencia y una homogenización de la atención sanitaria en todo el territorio de Aragón contribuyendo, de esta forma, a una mejora en la calidad asistencial.

Las acciones que han conducido a una mejora en la accesibilidad y agilidad en la atención han sido: la desburocratización de consultas y la redistribución de cargas de trabajo de una manera más adecuada.

Ha de destacarse que entre las medidas relativas al aumento de la oferta se ha apostado por el aumento de la eficiencia del Sistema Público procurando un mejor aprovechamiento de los recursos, instalaciones quirúrgicas y recursos humanos, la potenciación de la cirugía mayor ambulatoria CMA y la coordinación interhospitalaria y entre todos los niveles asistenciales.

Medidas para mejorar la gestión de la lista de espera quirúrgica

Dada la suspensión del autoconcierto quirúrgico durante el 2013 se llevaron a cabo las siguientes medidas para aumentar la eficiencia en la jornada ordinaria de mañana y tarde:

- Reuniones mensuales con las direcciones de los centros.
- Seguimiento exhaustivo de la actividad, de la distribución de quirófanos, de las horas de inicio y de finalización de los partes quirúrgicos.
- Mejoras en la gestión de las entradas mediante protocolos de inclusión de pacientes en lista de espera consensuado con los profesionales sobre todo para indicaciones de cataratas y varices.
- Recopilación, elaboración y establecimiento de protocolos médicos, particularmente en las especialidades con mayor lista de espera.
- Mayor flexibilidad y apoyo entre hospitales para derivar ciertas patologías a otros hospitales en función de la capacidad de respuesta de los mismos.
- Mejor aprovechamiento de quirófanos, se aumentaron las jornadas de tarde con personal que trabajaba por la mañana tras pactar con los servicios afectados y contratando personal en jornada de tarde, hecho que además de incrementar la actividad permite reducir el desempleo en el sector sanitario.
- Realización de procedimientos de contratación de lista de espera quirúrgica derivados del consiguiente acuerdo marco con clínicas privadas garantizando los tiempos máximos de espera.
- Mejor aprovechamiento de alta tecnología.
- Potenciación de las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- A nivel administrativo, se han realizado diversas acciones: instrucciones para la agilización y gestión del Registro General de Pacientes en Lista de Espera quirúrgica: revisiones, depuraciones y auditorías de confirmación de indicación terapéutica.

Estas medidas, junto con la adecuada respuesta de nuestros profesionales al nuevo escenario, han permitido incrementar las salidas del Registro de Demanda Quirúrgica por intervención programada desde los 42.625 de 2011 a las 52.981 de 2013 (es decir un 24,39% de incremento).

Promoción de sinergias /integración de servicios entre hospitales

Para evitar duplicidades en servicios de alta especialización se ha realizado la integración de servicios como Cirugía Maxilofacial, Neurocirugía y se está trabajando en la reorganización de los laboratorios clínicos.

6.2. Convenios con otras comunidades autónomas, administraciones

- En 2013 se elaboraron los convenios de colaboración con Castilla La Mancha, y Valencia en materia sanitaria y se realizaron actividades de seguimiento y coordinación de los convenios suscritos con la Comunidad Autónoma de La Rioja y Cataluña, todas ellas limítrofes con nuestra Comunidad.
- En el ámbito del aseguramiento se reguló la suscripción de convenios especiales para la asistencia sanitaria en nuestra Comunidad: ORDEN de 28 de octubre de 2013 del Departamento de Sanidad Bienestar Social y Familia.
- La comunidad autónoma tiene suscrito un convenio de colaboración con el Ministerio de Empleo y Seguridad Social para el control de incapacidad temporal. Durante el año 2013 se realizaron actividades por parte del Departamento de Sanidad para mejorar el cumplimiento de los objetivos planteados en este ámbito.
 - Dedicación por parte de 2 inspectores al control de la Incapacidad temporal en centros propios del Servicio Aragonés de Salud.
 - Transmisión informática de casi el 100% de los partes de baja en un plazo inferior a 6 días.
 - Mejoras en la especificidad de la codificación de los procesos.
 - Incorporación durante el año 2013 de tablas de duración óptima de las bajas a través de las herramientas de historia clínica para los profesionales sanitarios.
 - Realización de sesiones formativas a profesionales sanitarios en varias ediciones.
 - Inicio de un plan de formación a los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria en las unidades de inspección médica de la Comunidad autónoma.

7. Medidas en prestación farmacéutica

Durante el 2013 se han llevado a cabo las siguientes acciones.

Desarrollo Normativo

Entrada en vigor de normativa de periodos anteriores como:

- Resolución de 11 de enero de 2011 de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento por la que se convocó concurso para la adjudicación de nuevas oficinas de farmacia y Resolución de la Dirección General de Planificación y Aseguramiento de 16 de noviembre de 2012 de la adjudicación de las nuevas oficinas de farmacia.

- Orden de 12 de diciembre de 2012, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se establece el procedimiento para la aplicación del índice corrector del margen de dispensación de las Oficinas de Farmacia.
- Orden de 21 de diciembre de 2012, del Consejero de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se establece el procedimiento para el reintegro de las aportaciones de los pensionistas titulares y beneficiarios de la prestación farmacéutica ambulatoria del Sistema Nacional de Salud que excedan de los límites máximos establecidos en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional

7.1. Gasto farmacéutico a través de receta

El gasto farmacéutico a través de recetas en Aragón continuó en 2013 la tendencia de moderación iniciada en años anteriores, disminuyendo un 7% en relación al año 2012 y un 18% en relación a 2011.

Tabla 7.1. Consumo farmacéutico a través de receta Aragón 2013

	2013	% inc 13/12	% inc 13/11
gasto líquido (€)	287.272.191,3	-7,0	-18,0
PVP (€)	366.744.883,7	-3,8	-12,5
aportación efectiva (excluido reintegro) (€)	38.479.271,3	28,5	65,0
aportación vs PVP % (€)	10,4	33,7	88,7
aportación por receta (€)	1,4	37,8	86,6
aportación por usuario tratado y mes (€)	6,7	35,5	78,3
Recetas (€)	26.019.337	-6,7	-11,5
gasto por receta (€)	11,0	-0,3	-7,3
PVP por receta (€)	14,1	3,0	-1,1

Fuente: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Gobierno de Aragón.

En estos resultados ha influido el nuevo modelo de aportación según nivel de renta implantado a partir de julio de 2012 tanto de forma directa por el aumento de la aportación del usuario como indirecta por el efecto moderador del consumo innecesario que esa medida puede proporcionar. Asimismo es evidente la influencia de las medidas tomadas en Aragón tendentes a la racionalización del gasto y la sostenibilidad del sistema.

El porcentaje de aportación efectiva frente al PVP se ha situado en el 10,49% desde el 5,56% de 2011. La aportación media por receta para el total de colectivos ha sido de 1,48 euros y la media mensual de aportación por usuario al que se han hecho recetas en el mes ha sido de 6,75 euros.

Comparando los datos de Aragón con la media nacional se observa una disminución de gasto en Aragón ligeramente superior a la media nacional (-7,07% frente a -6,01% en 2013/12 y -18,05% frente a -17,53% en 2013/11).

El número de recetas facturadas ha disminuido previsiblemente por el efecto moderador del nuevo sistema de aportación según nivel de renta, por la exclusión de la

financiación de algunos medicamentos destinados a síntomas menores y por las medidas tomadas en la Comunidad. Al ser el precio medio de los medicamentos excluidos notablemente inferiores al resto, impacta más en el número de recetas que en el gasto.

En relación a la media nacional se aprecia una mayor disminución en el último año (-6,73% frente a -5,93% en 2013/2012) y una disminución similar en los dos últimos años (-11,54% frente a -11,67% en 2013/2011).

La disminución del gasto por receta debido al aumento de la aportación ha contribuido también a los resultados. El PVP por receta ha aumentado en el último año y ha disminuido el -1,11% en los dos últimos años siendo también un factor a considerar.

El valor del gasto medio por receta ha disminuido un poco más en Aragón que en el total nacional (-0,37% frente a -0,09% en 2013/2012 y -7,63% frente a -6,63% en 2013/2011), como resultado de las medidas tomadas.

7.2. Consumo de medicamentos genéricos

El consumo de medicamentos genéricos creció en Aragón de forma constante a lo largo de 2013 tanto en valores como en porcentaje respecto al total de productos incluidos en receta.

Tabla 7.2. Consumo mensual medicamentos genéricos. Aragón 2013

	envases EFG	% EFG
ene-13	890.093	39,2
feb-13	852.184	40,5
mar-13	841.128	40,9
abr-13	931.479	41,4
may-13	952.172	41,9
jun-13	891.942	42,2
jul-13	1.003.450	42,9
ago-13	891.311	43,2
sep-13	911.146	43,1
oct-13	1.005.782	43,3
nov-13	925.022	43,6
dic-13	970.053	44,3

Fuente: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Gobierno de Aragón.

7.3. Medidas para la eficiencia de la prestación farmacéutica

Evaluación y/o protocolización del uso de fármacos de alto impacto en los Hospitales

La prestación farmacéutica que se realiza en los Hospitales de Aragón es desigual y solo un 18% de los principios activos que se administran o se dispensan en los distintos hospitales es común en todos ellos. Esto unido a la necesidad de reorganización de los recursos destinados a la evaluación de fármacos y a la búsqueda de estrategias a nivel de Comunidad Autónoma para lograr máxima eficiencia en los recursos destinados a farmacia ha llevado a:

- Creación de un Grupo Asesor de Medicamentos multidisciplinar en el que participan médicos de distintas especialidades y farmacéuticos de los hospitales de Aragón.
- Elaboración de informes de evaluación de medicamentos y se emiten las correspondientes recomendaciones de uso a todos los hospitales públicos de Aragón, buscando siempre la máxima eficiencia.
- Realización de protocolos de utilización de fármacos y asesoramiento en la valoración de 307 tratamientos individualizados de distintos fármacos.
- Realización de Informes de seguimiento con el objetivo de estudiar posibles desviaciones en el uso de los mismos y establecer las medidas oportunas.

Suministro de medicamentos y atención farmacéutica a los centros sociosanitarios de titularidad pública desde los hospitales de referencia

El suministro de medicamentos a centros sociosanitarios (CSS) es una preocupación importante para los gestores de la asistencia sanitaria. Desde 2010 en Aragón se realiza el suministro directo desde los hospitales de referencia. Este último punto supone un importante avance ya que el paciente institucionalizado presenta un mayor riesgo de eventos adversos relacionados con la farmacoterapia, por lo que es necesario prestar una atención farmacéutica especializada con el fin de lograr disminuir la polifarmacia, la utilización de fármacos considerados potencialmente inadecuados y con ello los eventos adversos que incrementan el riesgo de hospitalización o muerte.

En 2013 se dispensaron medicamentos para 17 centros sociosanitarios públicos alcanzando a un total de aproximadamente 2.581 pacientes. Los farmacéuticos han realizado de forma periódica y en colaboración con el médico del centro la revisión clínica de todos los tratamientos.

Programas de colaboración con otros especialistas del hospital con el objetivo de mejorar la eficiencia y la seguridad de los tratamientos

- Revisión del estado nutricional del paciente y de los suplementos nutricionales pautados realizado por especialistas en Endocrinología y Nutrición
- Revisión de los tratamientos más complejos por especialistas en Geriatría.

Actividades en los centros sociosanitarios

- Sesiones de formación encaminadas a mejorar la administración y conservación de medicamentos para el personal de enfermería.
- Revisión y optimización de los botiquines establecidos. Retirada de medicamentos caducados o en mal estado de conservación.
- Adecuación de los tratamientos farmacológicos a las Guías Farmacoterapéuticas de los Hospitales. Incorporación de protocolos de intercambio terapéutico en las patologías prevalentes.

Seguridad del paciente polimedicado

- Puesta en marcha del Programa de seguridad farmacoterapéutica en el anciano polimedicado a través de la revisión de 15.000 historias clínicas.

8. Medidas en el ámbito de tecnologías de la información y comunicaciones (TIC)

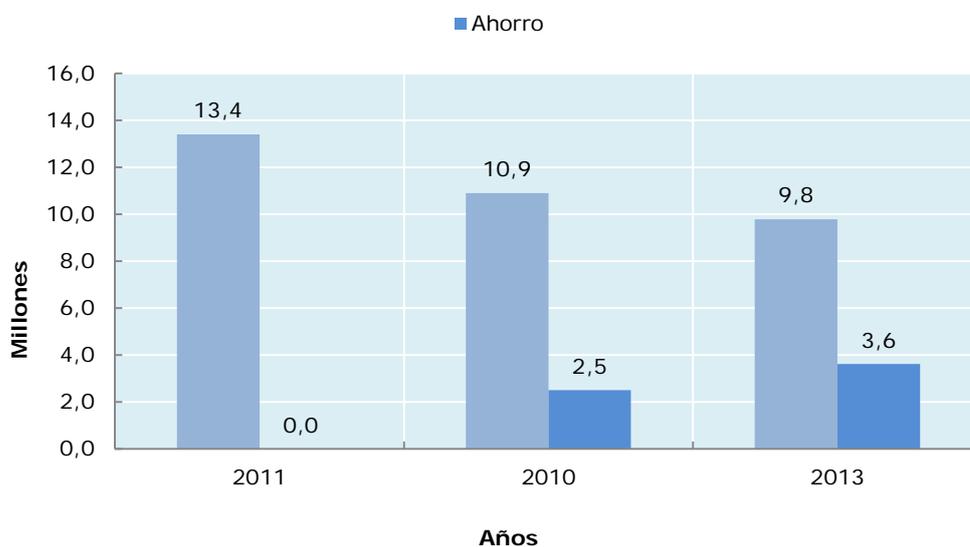
Desarrollo Normativo:

- ORDEN de 19 de febrero de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se crea el Sistema de Información de Enfermedades Raras y el Registro de Enfermedades Raras de la Comunidad Autónoma de Aragón. (BOA nº 53, del 15-03-2013)
- DECRETO 140/2013, de 29 de agosto, del Gobierno de Aragón, por el que se crea el fichero de datos de carácter personal "Registro de Enfermedades Raras de la Comunidad Autónoma de Aragón" (BOA nº 181 13-09-2013)

En el área de las TIC el Servicio Aragonés de Salud ha llevado a cabo estrategias de eficiencia y calidad centradas en los siguientes puntos:

- *Contratación centralizada* de los mantenimientos de sistemas y telecomunicaciones para conseguir ahorro en dichos costes.

Gráfico 8.1. Evolución de ahorro 2011-2013 en millones de euros



Fuente: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Gobierno de Aragón

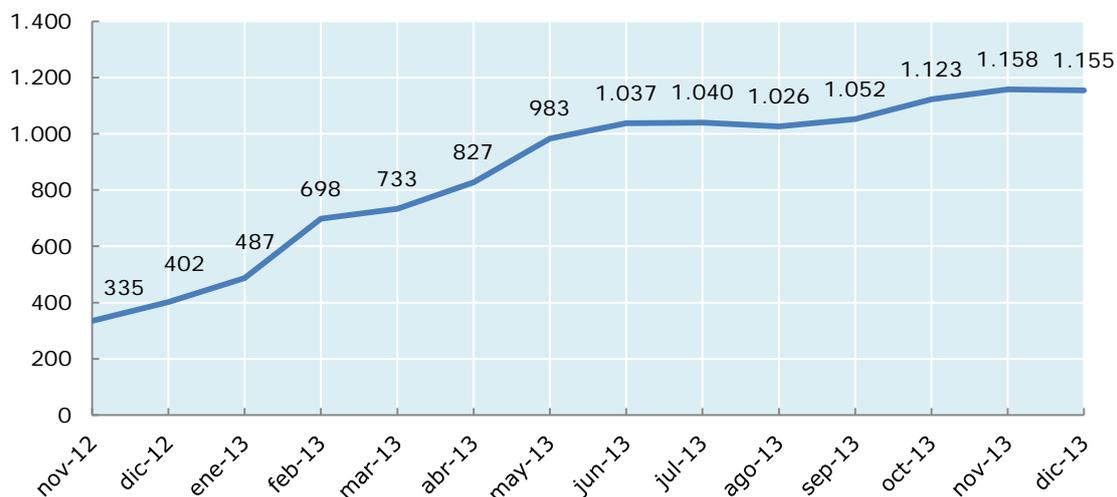
- Finalización de la *Implantación de Receta Electrónica* en Atención Primaria de toda la Comunidad Autónoma en Noviembre de 2013.

Gráfico 8.2. Evolución del número de dispensaciones por receta electrónica



Fuente: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Gobierno de Aragón.

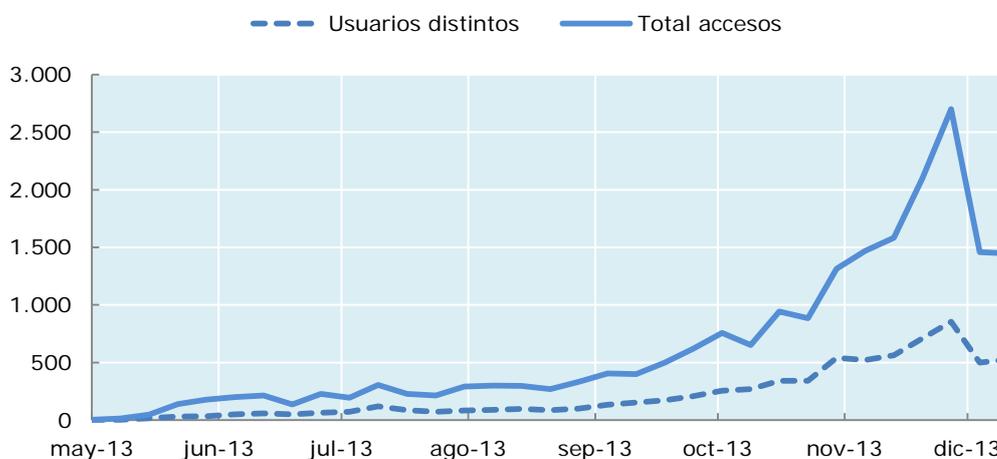
Gráfico 8.3. Evolución del número de médicos utilizando la e-receta



Fuente: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Gobierno de Aragón.

- Arranque de la Historia Clínica Unificada para toda la Comunidad Autónoma.

Gráfico 8.4. Evolución de los accesos semanales a la Historia Clínica Unificada



Fuente: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Gobierno de Aragón.

- Arranque de la HCDSNS (Historia Clínica Digital del SNS) con los Informes de Radiología de toda la CCAA publicados.
- Arranque del acceso a la HCDSNS para el acceso del ciudadano desde la web oficial del Gobierno de Aragón.
- Mejora del acceso a la información clínica entre hospitales, desarrollo de la intranet corporativa del Salud, única para todo el sistema sanitario de la CA.
- Desarrollo del Sistema de Digitalización de imagen radiológica:
 - Normalización de todos los Sistema RIS-PACS (Sistemas de información radiológica y de archivo y comunicación de imágenes).
 - Finalización de la implantación del Sistema RIS-PACS.
 - Sincronización de los sistemas RIS-PACS de los diversos Sectores.
 - Coordinación y unificación de los criterios de exploraciones y procedimientos del anillo radiológico.
 - Incorporación de los Servicios de Medicina Nuclear al PACS Corporativo.
 - Incorporación de las imágenes de retina al PACS Corporativo.
- Desarrollo de telemedicina con la puesta en marcha del funcionamiento de dos pilotos sobre teledermatología y retinografía.

8.1. Mejoras en los sistemas de información:

- Mejoras en el sistema de información de farmacia (DATA de Farmacia), se está trabajando en la normalización de GFHs de farmacia entre hospitales.
- Diseño y puesta en marcha del registro autonómico de Enfermedades raras.

- Normalización de información sanitaria en centros sanitarios (diagnósticos).
- Cálculo de ACGs en atención primaria (agrupador de referencia en atención primaria).
- Puesta en marcha de un Data de Urgencias.
- Participación en el programa piloto de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP).

9. Medidas de investigación e innovación

Desarrollo Normativo

- ORDEN de 1 de abril de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se crea el repositorio de datos sanitarios para la investigación en el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (BOA nº 88, del 8-05-2013)

Acciones

- Creación de un repositorio de información sanitaria destinado a los investigadores y gestores del Sistema sanitario público de Aragón que permita facilitar la generación de conocimiento y mejorar la eficiencia del sistema. Integra todas las bases de datos actualmente disponibles en el sistema sanitario público de Aragón.
- Participación en el consorcio RefBIO integrado en el Programa Operativo de cooperación territorial España- Francia- Andorra para impulsar la cooperación entre investigadores de todas las instituciones y optimizar el uso conjunto de recursos.
- Participación en el Proyecto AWHS (Aragón Workers Health Study) a través del convenio firmado con el CNIC (Fundación centro nacional de investigaciones cardiovasculares Carlos III).
- Acuerdo Marco de colaboración entre la fundación española del corazón, General Motors España y el Departamento de Sanidad, Bienestar social y Familia para la prevención de enfermedades cardiovasculares mediante educación sanitaria y apoyo a la investigación.
- Participación en el proyecto europeo CHRODIS (Joint Action on Chronic Diseases).
- Participación en la plataforma de innovación sanitaria Red ITEMAS (Innovación en tecnologías médicas y sanitarias y el Instituto aragonés de ciencias de la Salud).
- Implantación del programa Hospital innovador para fomentar, impulsar y facilitar la innovación en los centros sanitarios dependientes de SALUD (Servicio Aragonés de Salud).
- Autorización del biobanco de Aragón, que se integra en la Plataforma nacional de biobancos.
- Convenio del programa aragonés de medicina regenerativa entre el IACS (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud) y el Instituto de Salud Carlos III para la investigación en medicina regenerativa.

- Creación de la Unidad Estratégica de enfermería de Aragón para trabajar en la elaboración de protocolos y planes de cuidados a implementar en los distintos centros con metodología común y basada en la evidencia.
- Mantenimiento del proyecto Guía SALUD.
- Implantación del programa abierto de incorporación de empresas en el Centro de investigación biomédica de Aragón para promover la presencia de empresas de base tecnológica especializadas en el ámbito biosanitario y fomentar colaboración, sinergias y proyectos conjuntos entre las empresas y /o grupos de investigación. Durante 2013 se han incorporado 2 empresas.
- Participación en el proyecto Spain RDR de creación del Registro de Enfermedades raras en Aragón con financiación FIS (Expte N° IR11/RDR-1). Instituto de Salud Carlos III. Madrid.
- Puesta en funcionamiento del animalario del CIBA, dispone de todos los grandes equipos necesarios para la estabulación, limpieza y análisis de los animales.
- Puesta en marcha del sistema de teleformación mediante retransmisión de intervenciones quirúrgicas desde los bloques quirúrgicos de los hospitales de Aragón, del bloque quirúrgico del centro de investigación biomédica de Aragón y sus salas de formación.
- Puesta en marcha de la Plataforma de teleformación del SALUD, con la realización de tres actividades formativas, dirigidas a la formación de personal docente, personal informático y personal encargado de gestionar los cursos de teleformación, organizados por el Servicio Aragonés de Salud.

10. Medidas de eficiencia en el gasto sanitario

La optimización de recursos se ha centrado principalmente en la optimización de infraestructuras y en la gestión del gasto corriente, que comprende los gastos de suministro de material sanitario, fármacos hospitalarios, alimentación, energía, transporte y laboratorio, principalmente.

10.1. Gestión presupuestaria por centro

Durante 2013 se puso en marcha la elaboración de un presupuesto anual por Sector y Servicio de cada uno de los Sectores, según necesidades, de acuerdo con los planes y las actividades para alcanzar los objetivos previstos y de un sistema de evaluación de la actividad desarrollada y de la gestión económica.

10.2. Suspensión del autoconcierto y minorización de conciertos

La disminución porcentual de concierto y autoconcierto en el 2013 vs el 2012 fue de un 68,29%.

10.3. Centralización de compras y suministros

El Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia de Aragón, se encuentra inmerso en un proceso de modernización de la gestión de compras, mediante una evolución basada en el diseño e implantación progresiva de nuevos instrumentos de gestión y nuevas tecnologías de la información.

Las medidas llevadas a cabo en el ejercicio 2013 han permitido:

- Una reducción del coste en la compra de productos sanitarios, mediante su estandarización, agregación de la demanda y planificación de la contratación basada en economías de escala. En el ejercicio 2013 se obtuvo un ahorro en la tramitación de expedientes de contratación centralizada por importe de 5.399.629,26 euros (29,81%), diferencia entre el gasto real anterior a la adjudicación de los contratos y los importes de adjudicación de los mismos.

Tabla 10.1. Resumen de adjudicaciones central de compras 2013

Expediente	Objeto del Contrato de Suministro	Importe Adjudicación / Gasto Real			
		Gasto Real €	Adjudicación €	Diferencia €	%
AM/02/13	Guantes, ropa desechable y cobertura quirúrgica	3.330.043,1	2.792.456,1	537.587,1	16,1
AM/03/13	Material para vendajes	997.819,9	715.392,9	282.427,1	28,3
AM/04/13	Apósitos, gasas y esparadrapos	6.803.784,2	4.078.042,8	2.725.741,4	40,1
AM/08/13	Catéteres intravasculares para perfusión percutánea	967.665,8	609.028,6	358.637,3	37,1
AM/10/13	Electrodos de superficie para registro ECG	287.020,1	176.101,5	110.918,6	38,6
AM/11/13	Bragapañales, absorbentes y compresas higiénicas	4.704.931	3.645.008,6	1.059.922,4	22,5
PS/05/13	Compresa tocológica de algodón	51.340,7	38.974	12.366,7	24,1
2013	Homologado de Lencería	968.380,9	656.352,1	312.028,8	32,2
	Total	18.110.985,7	12.711.356,5	5.399.629,3	29,8

Fuente: Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia. Gobierno de Aragón.

- Una reducción de costes operacionales, mediante la racionalización de los métodos de trabajo, agilidad en la tramitación, soporte informático adecuado y contención del gasto en recursos humanos, en base a su concentración y mayor especialización.
- Homogeneizar en lo posible variedades de productos como prótesis, material sanitario.
- Ahorros por importe de 1.000.139,40 euros, a través de negociaciones mantenidas con las empresas proveedoras de los diversos Centros sanitarios, a través de unificación de precios en los mismos.

- Ahorros por importe de 257.800,72 euros, a través de las actuaciones desarrolladas desde la Comisión Central de Homologación y Adquisición de Productos.

10.4. Otras actuaciones realizadas

- Trabajos preparatorios para la puesta en marcha de una central logística propia, que garantice el ajuste de los stocks existentes, tanto en los almacenes generales como en los almacenes intermedios de los centros sanitarios, lo que conllevará una disminución de costes.
- Tramitación centralizada de los pedidos de bragapañales de todos los sectores sanitarios.
- Tramitación de un acuerdo marco para el suministro de reactivos y material necesario para la realización de técnicas automáticas de detección de sangre oculta en heces mediante método inmunológico cuantitativo con una sola muestra (SOHi) a la población de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Todas estas medidas acometidas han supuesto una reducción del gasto sanitario que ha llevado a una disminución del mismo del 9,63% en el periodo 2011-2013. En concreto, una disminución del 6,57% del 2012 respecto a 2011 y del 3,27% del 2013 respecto al 2012. Todo ello sin que se haya visto afectada la *calidad percibida en la atención al usuario* como ponen de manifiesto las últimas encuestas en concreto el último *Barómetro Sanitario del CIS*, publicado en julio de 2014, Aragón es por segundo año consecutivo la Comunidad Autónoma donde las personas están más satisfechas con el sistema sanitario público. Con una puntuación de 7,29 sobre 10, Aragón se coloca en primer lugar por delante de Navarra (7,27) y Asturias (6,98).

Además, la *Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)*, en su informe publicado en septiembre de 2014, sitúa a Aragón como la segunda Comunidad Autónoma con mayor puntuación tan sólo superada por Navarra.

11. Obras y mejoras de instalaciones en 2013

- Redacción del Plan director de adecuación de la normativa sobre incendios en el centro de especialidades médicas “Ramón y Cajal” y proyecto de reforma de la planta 1ª por traslado del centro de Salud “Hermanos Ibarra”.
- Obras de reforma de la planta 1ª del centro de especialidades médicas “Ramón y Cajal” para ubicar el centro de salud.
- Reparación de las cubiertas en Vº Pabellón del centro de rehabilitación psicosocial “Ntra. Sra. del Pilar”.
- Reparación de las cubiertas del edificio para terapia ocupacional en el Centro de rehabilitación psicosocial Nuestra Señora del Pilar.
- Obras de construcción de un nuevo centro de salud en la Almozara. Zaragoza capital.
- Obras del centro de especialidades médicas “Intermodal” de Zaragoza.
- Obras de sustitución y mejora del pavimento del centro de salud de Calatayud.

- Obras de mejora de la instalación de gas del centro de especialidades médicas “San Jose” en Zaragoza capital.

Índice de Tablas

Tabla 2.1. Relación de plazas y categorías ofertadas a concurso	7
Tabla 2.2. Relación plazas ofertadas y categorías en concurso- oposición	7
Tabla 5.1. Primera fase de implantación. Programa de detección del cáncer colo-rectal	10
Tabla 5.2. Población diana total. Programa de detección del cáncer colo-rectal	10
Tabla 7.1. Consumo farmacéutico a través de receta Aragón 2013.....	16
Tabla 7.2. Consumo mensual medicamentos genéricos. Aragón 2013.....	17
Tabla 10.1. Resumen de adjudicaciones central de compras 2013.....	24

Índice de gráficos

Gráfico 5.1. Evolución de la actividad de trasplantes en Aragón	12
Gráfico 5.2. Evolución del número de donantes en Aragón	12
Gráfico 8.1. Evolución de ahorro 2011-2013 en millones de euros	19
Gráfico 8.2. Evolución del número de dispensaciones por receta electrónica.....	20
Gráfico 8.3. Evolución del número de médicos utilizando la e-receta.	20
Gráfico 8.4. Evolución de los accesos semanales a la Historia Clínica Unificada.	21

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

- ACG: Adjusted Clinical Groups
- APD: Asistencia Pública Domiciliaria
- AWHS: Aragón Workers Health Study

B

- BDCAP: Base de datos clínica de Atención Primaria
- BDU: Base de Datos Usuarios
- BOA: Boletín Oficial de Aragón

C

- CA: Comunidad Autónoma
- CCAA: Comunidades Autónomas
- CCR: Cáncer Colo-rectal
- CHRODIS: Joint Adiction on Chronic Diseases
- CIBA: Centro de Investigación Biomédica de Aragón
- CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas
- CMA: Cirugía Mayor Ambulatoria
- CNIC: Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares
- CONCORDIA: Programa Interterritorial de Donación de Cordón Umbilical
- CSS: Centros sociosanitarios

D

- DATA: Data WareHouse

E

- EAC: Enfermeros de Atención Continuada
- EFG: Especialidad Farmacéutica Genérica
- EFQM: European Foundation for Quality Management
- e-RECETA: Receta electrónica

F

- FADSP: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
- FIS: Fondo de Investigación Sanitaria

G

- GFH: Grupos funcionales Hospitalarios

H

HCDSNS: Historia Clínica Digital del Sistema nacional de Salud

I

IACS: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

INC: Incremento

M

MAC: Médicos de Atención Continuada

P

PACS: Picture Archiving and Communications System

PMP: Por millón de población

Proyecto Spain RDR: Registro de Enfermedades Raras

PVP: Precio venta público

R

RAEPS: Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud

RAPPS: Red Aragonesa de Proyectos de Promoción en Salud

REDMO: Registro de Donantes de Médula Ósea

RefBIO: Red de Investigación Biomédica

RIS-PACS: Radiology Information System and Picture Archiving and Communications System

S

SALUD: Servicio Aragonés de Salud

SOHi: Sangre Oculta en heces inmunológico

T

TIC: Tecnología de la Información y Comunicación

TX: Transplante

V

VS: Versus

Informe anual
del Sistema Nacional
de Salud 2013
Principado de Asturias



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	3
Resumen	4
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013.....	5
1. Políticas de gestión y organización del sistema sanitario.....	6
1.1. Implantación de la Gerencia Única en las Áreas Sanitarias.....	6
1.2. Desarrollo de las Unidades de Gestión Clínica.....	7
1.3. Plantilla Orgánica del SESPA	7
1.4. Decreto de Provisión de Puestos Directivos.....	7
1.5. Actividad legislativa encaminada a la regulación de la jornada laboral del personal del Servicio de Salud del Principado de Asturias	8
1.6. Actividad legislativa para la regulación de exención de guardias del personal estatutario del Servicio de Salud del Principado de Asturias.....	8
1.7. Decreto de participación profesional en el Servicio de Salud del Principado de Asturias y se regulan las comisiones clínicas de las Áreas Sanitarias.....	9
1.8. Comisión central de compras	9
1.9. Comisión de Uso Racional del Medicamento y Control del gasto en farmacia y productos sanitarios	9
1.10. Ley de Atención integral en materia de Drogas	11
1.11. Consejo Asesor de Sanidad del Principado de Asturias	11
1.12. Otras disposiciones de carácter general aprobadas en la legislatura.....	11
1.13. Eficiencia energética.....	12
1.14. Creación del Servicio de Atención al Usuario y Programación Asistencial	12
2. Políticas sociales.....	12
2.1. Coordinación sociosanitaria para mejorar la atención a los dependientes.....	12
2.2. Estrategia de Enfermedades Raras en Asturias.....	13
2.3. Atención sanitaria a inmigrantes en situación irregular.....	14
2.4. Poblaciones vulnerables: Proyectos de atención a las desigualdades en salud con poblaciones de etnia gitana	14
2.5. Poblaciones vulnerables: Colaboración con entidades y organizaciones no gubernamentales (SESPA y Consejería de Sanidad).....	14

3.	Políticas del conocimiento	15
3.1.	Apuesta por el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs). Desarrollo de la e-health	16
3.2.	Apuesta por la investigación y la formación	18
4.	Inversión en Servicios e Infraestructuras. Apuesta por la calidad, la eficiencia y el desarrollo	20
4.1.	Inversión en Servicios e Infraestructuras.....	20
4.2.	Apuesta por la calidad, la eficiencia y el desarrollo.....	23
5.	Políticas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección de la salud de la población	23
5.1.	Promoción de la Salud y Participación ciudadana	24
5.2.	Actuaciones de Educación para la Salud en la Escuela	24
5.3.	Actuaciones de Educación del Paciente Activo. Escuelas de Pacientes.....	25
5.4.	Prevención del consumo de drogas, reducción de daños e incorporación social de las personas que padecen adicciones	25
5.5.	Tercera Encuesta de salud para Asturias (ESA III)	26
5.6.	Actualización de la información sanitaria	26
5.7.	Municipios y Salud.....	26
5.8.	Observatorio de Salud para Asturias	26
5.9.	Participación comunitaria en salud.....	27
5.10.	Programas de prevención.....	27
	Abreviaturas, acrónimos y siglas	30

Demografía y entorno económico

	Asturias	España	Fuente
Población	1.062.935	46.593.236	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	47,9	49,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	52,1	50,8	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	11,0	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	65,7	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	23,3	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	6,3	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	7,6	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

Los poderes públicos tienen la obligación de proteger la salud de sus ciudadanos en todos sus ámbitos. El compromiso con los ciudadanos de Asturias es el de garantizar la pervivencia, la sostenibilidad y la viabilidad del sistema público de salud y a ello se dedicaron todos los esfuerzos con objeto de conseguir mantener y consolidar un modelo sanitario público, universal, de calidad, equitativo, sostenible en el tiempo, con una mejor organización profesional, una mayor capacidad de servicios y prestaciones, y como siempre hemos defendido, con la ciudadanía y los pacientes de referencia.

Se establecieron políticas basadas en: Políticas de gestión y organización del sistema sanitario; Políticas sociales; Políticas del conocimiento; Inversión en Servicios e Infraestructuras y apuesta por la calidad, la eficiencia y el desarrollo y Políticas de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y protección de la salud de la población.

Hitos en el primero son la creación de la Gerencia Única de Área, el desarrollo de Unidades de Gestión Clínica (UGC), los cambios laborales, la comisión central de compras, la Comisión de Uso racional del medicamento, la Ley de Atención Integral en materia de drogas, el consejo Asesor de Sanidad.

La coordinación sociosanitaria, la estrategia de enfermedades raras, la atención al inmigrante y las actuaciones ante poblaciones vulnerables fueron eje de las políticas sociales.

Las políticas de conocimiento apostaron por la Historia Clínica Digital (HCD), la e-health, receta electrónica, bibliotecas virtuales así como por la investigación en la Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria de Asturias (FINBA) y la formación universitaria, postgrado y continuada.

La gran inversión en infraestructuras (entre otras, apertura de dos nuevos hospitales, entre ellos el Hospital universitario Central de Asturias (HUCA)), y la apuesta por la calidad, eficiencia y desarrollo (en atención primaria (AP), programas de calidad) fueron importantes.

Las políticas de promoción, prevención y protección se basaron en educación para la salud en la escuela (EpS), en la escuela de pacientes y atención a la drogodependencia, el Observatorio de la salud, y la participación comunitaria, cronicidad, salud oral, salud laboral.

Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013

Los poderes públicos tienen la obligación de proteger la salud de sus ciudadanos en todos sus ámbitos, y en el caso de Asturias, el Gobierno hizo explícito este compromiso al considerar la salud como una de las grandes prioridades de las políticas públicas, promoviendo con la Consejería de Sanidad al frente, el desarrollo de servicios que se ocupan no solo de la salud individual de las personas, sino que abordan la calidad ambiental, la seguridad alimentaria y la protección del consumidor como garantías de calidad.

Desde la Consejería de Sanidad ya desde el inicio de la legislatura, se señaló el compromiso con los ciudadanos de Asturias de garantizar la pervivencia, la sostenibilidad y la viabilidad del sistema público de salud. A ello se dedicaron todos los esfuerzos. Podemos decir, que a pesar de las dificultades que nos acompañan en el marco de crisis económica en el que nos encontramos inmersos, y de la crispación política que algunos sectores se han empeñado en intentar convertir en centro del debate de la sanidad asturiana, hemos conseguido mantener y consolidar un modelo sanitario público, universal, de calidad, equitativo, sostenible en el tiempo, con una mejor organización profesional, una mayor capacidad de servicios y prestaciones, y como siempre hemos defendido, con la ciudadanía y los pacientes como centro de referencia de nuestra acción política.

Según la última Encuesta de Salud para Asturias realizada en 2012-2013, un 65% de las personas entrevistadas valoran la sanidad pública asturiana con un Bien o Muy bien, apareciendo en los últimos años, tanto en la Encuesta Nacional de Salud, como en las encuestas nacionales del CIS o en los informes de la Asociación de Defensa de la Sanidad Pública, siempre entre las dos o tres comunidades autónomas en que los ciudadanos perciben y manifiestan una mayor satisfacción con los servicios sanitarios públicos. Otros resultados son los siguientes:

- La Atención Primaria es bien valorada por un 84%, habiendo mejorado con respecto a los resultados previos.
- El Servicio de Salud del Principado de Asturias, es el servicio público mejor valorado por la población asturiana y sus valoraciones negativas sólo significan un 3%.
- La buena valoración de las consultas de especialistas alcanza el 66%, la de los ingresos hospitalarios al 67% de la población usuaria, las urgencias sanitarias un 68%, las urgencias hospitalarias al 60% y el transporte sanitario al 50%.
- Un 93% (en 2008 un 90%) considera que su centro de salud se encuentra al menos cerca.
- Un 45% de los asturianos valora favorablemente el horario de consulta que tiene.
- Un exiguo 5% de la población refiere haber tenido problemas de recepción de asistencia sanitaria cuando necesitaba asistencia médica.

En un contexto de profunda crisis, los datos de la Encuesta de Salud muestran así mismo una elevada valoración de la calidad de vida, y una mejoría en muchos de los hábitos y comportamientos de los ciudadanos que conducen a una mejor situación en términos de salud, lo que responde en buena medida al esfuerzo de este Gobierno por mantener y mejorar los servicios públicos.

Actuaciones realizadas:

Para lograr los objetivos fijados desde la Consejería de Sanidad en términos de salud, hemos desarrollado nuestra política sanitaria centrándonos en cinco pilares fundamentales:

1. Políticas de gestión y organización del sistema sanitario.
2. Políticas sociales.
3. Políticas del conocimiento.
4. Inversión en Servicios e Infraestructuras. Apuesta por la calidad, la eficiencia y el desarrollo.
5. Políticas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección de la salud.

1. Políticas de gestión y organización del sistema sanitario

Nuestro objetivo fundamental en esta materia, se ha centrado en promover políticas de reorientación para el conjunto del gasto sanitario, iniciativas de gestión, de organización y de mejora del intercambio de conocimiento. Para ello se han establecido las siguientes líneas de trabajo, que incluyen la implantación de estrategias de gestión y el desarrollo de la actividad legislativa en 2013 y desarrollo posterior hasta fin de legislatura

1.1. Implantación de la Gerencia Única en las Áreas Sanitarias

A lo largo de la legislatura, hemos unido en una sola estructura organizativa las anteriores direcciones de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, sin olvidar los Servicios de Salud Pública. Esto nos ha permitido comenzando en 2012 pero continuando durante 2013 el reorientar la organización con una visión integradora, en la que las decisiones clínicas y de gestión de recursos caminan de la mano, siendo más coherentes y compartidas entre los centros, las unidades y los servicios de salud, permitiendo por fin verdaderamente situar a los pacientes y a sus familias en el centro de la toma de decisiones. Esto ha supuesto la implantación de un nuevo modelo de gestión encaminado a adaptar los Servicios de Salud a las necesidades de la realidad social actual. Desaparecen, así, las Gerencias de Primaria y Especializada, y se configura una Gerencia Única de Área, con la finalidad de favorecer la coordinación y el conocimiento compartido (comisión directiva única, comisión única de farmacia, de planificación de recursos materiales, servicios compartidos de gestión administrativa, impulso de la historia clínica electrónica...).

Desde el punto de vista económico, la implantación de la Gerencia Única, ha dado lugar a un nuevo organigrama ejecutivo con una disminución de 24 puestos directivos y un ahorro aproximado anual de 1,6 millones de euros.

1.2. Desarrollo de las Unidades de Gestión Clínica

La Gestión Clínica en Asturias está regulada por el Decreto 66/2009 de 14 de julio, y tiene como eje fundamental el liderazgo de los profesionales, que asumen de forma progresiva compromisos para el logro de objetivos asistenciales, de calidad y de gestión.

Estos compromisos se plasman en un Acuerdo de Gestión que se firma anualmente y que se evalúa en el primer trimestre del año siguiente, teniendo en cuenta los resultados.

La andadura de las UGC comenzó con una experiencia piloto que se llevó a cabo en el año 2009 con 5 UGC de Atención Primaria. A la luz de los resultados el modelo se extendió a la atención hospitalaria, incluida la salud mental. Actualmente ya han entrado en funcionamiento 42 UGC con acuerdo firmado, y existen 62 en funcionamiento. La adhesión de los profesionales a la firma del Acuerdo de Gestión ha estado sistemáticamente por encima del 75%, y en el caso de la atención primaria del 90%. En el conjunto del periodo 2009-2013, algo más del 86% de las UGC/AGC han cumplido íntegramente con su Acuerdo (actividad asistencial, agenda asistencial, calidad, gestión presupuestaria y gestión de recursos humanos). Esta cifra se eleva al 98% respecto al cumplimiento de los objetivos asistenciales y del plan de calidad.

Es importante señalar, en relación con la situación económica actual, que en el periodo 2009-2011, la gestión clínica obtuvo una mejora de gasto frente a presupuesto asignado de algo más de 9,5 millones de euros, circunstancia que se puede asumir también para 2013 una vez anualizada.

1.3. Plantilla Orgánica del SESPA

En 2013 se comenzó a realizar la nueva ordenación de la plantilla orgánica del SESPA, que nos permitiera facilitar y diseñar las necesidades de reordenación de recursos, identificando cuáles son los entornos de actuación prioritaria, y promover el desarrollo de una política organizativa dinámica y adecuada a las necesidades del momento cuyo Decreto culminará en 2014, siendo desplegadas sus primeras actuaciones a lo largo de 2013. Esa estrategia, permitirá el nombramiento de en torno a quinientas plazas de interinidad en el mes de octubre de 2014, donde se han incluido, siguiendo el criterio del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP), los profesionales eventuales del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

1.4. Decreto de Provisión de Puestos Directivos

Desde la Consejería de Sanidad, consideramos que es preciso desarrollar una estrategia de formación orientada a la profesionalización de la gestión. Se precisa constituir un grupo de directivos, bien dimensionado y con retribuciones acordes a la responsabilidad que les corresponde, que puedan gestionar de una forma óptima los presupuestos y los recursos humanos en base a las estrategias de salud y a las políticas sanitarias que se deben desarrollar y hemos planteado para nuestra región comenzando a finales de 2013 las actuaciones para intentar elaborar este Decreto.

1.5. Actividad legislativa encaminada a la regulación de la jornada laboral del personal del Servicio de Salud del Principado de Asturias

Se abordó un Decreto (Decreto 7/2013, de 16 de enero, por el que se regula el tiempo de trabajo y el régimen de descansos en el ámbito de los centros e instituciones sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias (BOPA 18-1-2013)). El Principado aprobó en enero de 2013 el citado decreto relativo al régimen de descansos y jornada laboral en el Servicio Público de Salud del Principado de Asturias (SESPA), que refuerza la apuesta del Ejecutivo por la calidad de la sanidad pública asturiana. Es una resolución ponderada, responsable, eficaz, negociada con todos los representantes de los trabajadores. El decreto ha contemplado cumplir los compromisos básicos de preservar el empleo, mantener los salarios básicos de los profesionales y toda la red asistencial.

El nuevo modelo organizativo que ha supuesto la entrada en vigor de la nueva jornada laboral en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) permite aumentar la dedicación médica a los pacientes en aproximadamente 700.000 horas anuales, e incorporar la máxima transparencia en la organización y gestión de la jornada laboral en los centros sanitarios.

El decreto parte del convencimiento de que es necesario considerar la actual coyuntura económica, muy crítica, como una oportunidad para reducir las ineficiencias internas del sistema de salud y para promover que todas las actuaciones se orienten hacia los que deben ser sus principales objetivos: mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades.

Una de las apuestas más arriesgadas del Servicio de Salud del Principado por mejorar la accesibilidad de los ciudadanos al sistema, y con ello la calidad del mismo, ha sido la de ampliar el horario de atención sanitaria en las consultas de Atención Primaria, permitiendo que en los centros de salud los pacientes pudiesen ser recibidos y valorados en esta franja de la jornada laboral por su propio equipo médico y de enfermería de Atención Primaria. El desarrollo de esta propuesta ha sido muy bien recibida por los usuarios, y actualmente se ha consolidado como una práctica habitual entre los profesionales, lo que en términos de calidad ha supuesto un avance importante para la prestación de servicios.

1.6. Actividad legislativa para la regulación de exención de guardias del personal estatutario del Servicio de Salud del Principado de Asturias

El desarrollo y promoción de la conciliación de la vida familiar y laboral es una de las prioridades establecidas por el gobierno del Principado de Asturias, y ocupa un espacio de alta relevancia dentro de la planificación de los recursos humanos de la Consejería de Sanidad y del Servicio de Salud del Principado. En base a esto, se han aprobado las siguientes medidas legislativas, ya completamente implantadas en el ámbito de la sanidad:

- Resolución de 1 de agosto de 2013, de la Consejería de Sanidad, por la que se establecen los supuestos en los que procede autorizar las solicitudes de exención de guardias y se determinan los procedimientos de tramitación (BOPA 22-8-2013).

- Resolución de 6 de noviembre de 2013, de la Consejería de Sanidad, sobre el cómputo de la jornada complementaria del personal en formación especializada y de los módulos de atención continuada por exención de guardias médicas (BOPA 14-11-2013).

1.7. Decreto de participación profesional en el Servicio de Salud del Principado de Asturias y se regulan las comisiones clínicas de las Áreas Sanitarias

Se comenzó a elaborar en 2013. Actualmente está pendiente del informe de alegaciones.

1.8. Comisión central de compras

Partiendo de la trayectoria en la contratación centralizada ya promovida desde el Servicio de Salud, y en aras de una mejora de la planificación logística y de la eficiencia en la gestión administrativa, en el decreto 163/2012, de 11 de julio, por el que se establece la estructura orgánica del SESPA, se creó la Comisión Central de Compras como un órgano colegiado especializado, en el que se integran miembros de todas las áreas sanitarias con el fin de que, en un marco homogéneo de evaluación, se adopten decisiones comunes para todo el ámbito del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Por Resolución de 23 de noviembre de 2012 de la Directora Gerente del SESPA, publicada en el BOPA de 4 de diciembre de 2012, se determinó la composición de la Comisión Central de Compras del SESPA (BOPA de 4/XII/2012).

En base a dicha Resolución, el 8 de febrero de 2013, tuvo lugar la primera reunión inaugural en la que se constituyó la Comisión Central de Compras, estableciéndose sus normas de funcionamiento, la periodicidad de sus reuniones, así como los objetivos generales y estratégicos de la misma, dirigidos fundamentalmente a centralizar la contratación del Servicio de Salud del Principado de Asturias con el fin de obtener economías de escala que permitan obtener ahorros sin que ello suponga una merma en la calidad de la asistencia sanitaria.

1.9. Comisión de Uso Racional del Medicamento y control del gasto en farmacia y productos sanitarios

La prescripción "racional" es otro de los puntos clave para contener/reducir el gasto sanitario. Para contribuir a ello, adicionalmente a las medidas derivadas de la aplicación del RD 16/2012, se incorpora una nueva medida derivada de los procesos de mejora y racionalización en el ámbito de gasto farmacéutico, al introducirse en la gestión de esta partida objetivos mensuales de seguimiento referidos a prescripción por principio activo, prescripción de genéricos y estudios de la calidad de la prescripción.

A la consecución de este objetivo han contribuido, entre otras medidas, la puesta en funcionamiento de la Comisión para el Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios (CURMPS), y el desarrollo de herramientas informáticas como Apotheca o Rebotica, que recogen un elevado volumen de información sobre consumos, precios y prescripciones, tanto

por paciente como por facultativo, necesarias para llevar a cabo trabajos de análisis, seguimiento y control del gasto farmacéutico.

La Comisión de Uso Racional del Medicamento (Resolución de la Dirección Gerencia de 7 de junio de 2013, modificada por Resolución de 18 de noviembre de 2013) constituye una herramienta fundamental de evaluación y gestión para armonizar los criterios de utilización de medicamentos en el Sistema Sanitario Público, garantizando los principios de equidad y universalidad inherentes a nuestras políticas sanitarias, permitiendo además desarrollar medidas de sostenibilidad de los servicios públicos, basadas en los criterios dictados por la evidencia y el rigor científico. Posteriormente, mediante Resolución de 7 de junio de 2013, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, se ha regulado la composición y régimen de funcionamiento de dicha Comisión (en adelante, CURMP). (BOPA de 24 de junio de 2013). La Comisión comenzó su funcionamiento en junio de 2013, y recientemente se ha aprobado una Resolución por la que se crea dentro de su estructura el Comité Técnico Asesor para el tratamiento de la hepatitis C crónica (VHC) del Principado de Asturias.

“Rebotica” : El desarrollo de herramientas informáticas que permitan recoger toda la información existente sobre consumos, precios y prescripciones, tanto por paciente como por facultativo, por áreas y por especialidades, etc... constituye el elemento esencial para poder explotar los datos con el fin de realizar análisis que permitan identificar potenciales campos de mejora de eficiencia en la prescripción.

Recientemente el Principado de Asturias ha implantado un sistema de información, “Rebotica”, que sustituye al existente hasta ahora (Apotheca), que, aún pendiente de un mayor desarrollo que permita una mayor y mejor explotación de la información, constituye una herramienta básica para el seguimiento y control del gasto farmacéutico en la Comunidad Autónoma.

Receta Electrónica: La implantación de la receta electrónica en todas las Áreas constituye un elemento clave para el control de duplicidades y para evitar acumulación excesiva de fármacos en los domicilios. Actualmente, la receta electrónica está implantada en cinco Áreas Sanitarias (III, V, VI, VII y VIII), estando prevista tanto su implantación como su dispensación en toda la Comunidad Autónoma en 2015.

Prótesis: Por último, si bien no se trata estrictamente de gasto farmacéutico, el gasto sanitario en prótesis es uno de los que más peso tienen en el gasto sanitario total. La contención del gasto en este apartado constituye un objetivo claro, no sólo mediante el impulso de expedientes de contratación que persigan obtener precios competitivos (manteniendo, por supuesto, la calidad tanto del producto como de la asistencia), sino también mediante la revisión de la prescripción. No obstante, en este punto es necesario hacer mención a las enormes rigideces existentes en el propio sistema, donde la heterogeneidad en el suministro es muy elevada, y la discrecionalidad en su prescripción viene siendo una realidad difícil de modificar.

1.10. Ley de Atención Integral en materia de Drogas

Con la presentación y aprobación de esta Ley, el Gobierno del Principado da respuesta al compromiso que adquirió con la ciudadanía en materia de drogas. El texto de la ley, que entró en el parlamento asturiano en 2013, es el resultado del trabajo conjunto de los profesionales que trabajan en el Plan de Drogas de la Consejería de Sanidad, destacando una amplia participación social en su elaboración y diseño, estando representados asociaciones de usuarios, ciudadanía, instituciones judiciales, fiscales, penitenciarias, técnicos y profesionales de los servicios sociales, de salud mental, cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, así como instituciones sociales y educativas. Actualmente la ley está pendiente de aprobación en la Junta General del Principado, donde ya ha sido debatida y presentada.

1.11. Consejo Asesor de Sanidad del Principado de Asturias

El Consejo Asesor de Sanidad del Principado de Asturias se crea mediante Resolución de 28 de enero de 2013, de la Consejería de Sanidad, por la que se regula su composición y funcionamiento (BOPA 30-1-2013), iniciando su actividad en 2013. Está integrado por dieciséis personas de reconocido prestigio que colaboran con la Consejería mediante la elaboración de documentos en el seno del mismo, en base a las ideas, reflexiones y estudios de aquellos aspectos que pueden tener influencia en la formulación de la política sanitaria. Su funcionamiento hasta el momento se puede considerar de muy satisfactorio y de alto interés para la sociedad asturiana. Así podemos contar con la elaboración, desarrollo y propuestas de acción para la sostenibilidad del Sistema Sanitario de Asturias, aprobado en reunión plenaria del 10 de junio de 2013. En 2013 se comenzó la elaboración de un informe sobre las directrices para un Plan Integral de Prevención de Enfermedades Crónicas y de atención a los pacientes crónicos y otro informe sobre las Bases para la Implantación de la Gestión por Competencias en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, aun en tramitación.

1.12. Otras disposiciones de carácter general aprobadas en la legislatura

1. Decreto 21/2013, de 17 de abril, sobre Registro del Principado de Asturias de Empresas Alimentarias (BOPA 30-4-2013).
2. Decreto 47/2013, 26 de junio, por el que se regula el proceso de adaptación a los nuevos requisitos de formación del personal de transporte sanitario en el ámbito territorial del Principado de Asturias (BOPA 27-6-2013).
3. Resolución de 22 de abril de 2013, de la Consejería de Sanidad, por la que se crea el Sistema de Información de Enfermedades Raras del Principado de Asturias (SIERA) (BOPA 29-4-2013).
4. Resolución de 22 de abril de 2013, de la Consejería de Sanidad, por la que se acuerda la modificación de la lista de Enfermedades de Declaración Obligatoria (BOPA 29-4-2013).

1.13. Eficiencia energética

La implantación de medidas de eficiencia energética cobra especial importancia en el contexto actual. El desarrollo de sistemas de gestión energética que permitan un uso más eficiente de la misma, reduciendo su consumo, los costes asociados y su impacto ambiental, constituye un objetivo a alcanzar a medio plazo. Todo ello, unido al aprovechamiento de las energías renovables, constituye un elemento clave tanto para la preservación del medio ambiente como para obtener ahorros en la facturación.

En el ámbito sanitario, se hace necesario impulsar los trabajos necesarios para que, una vez analizado el consumo energético actual de toda la red sanitaria pública, se diseñe un plan de revisión de tarifas y de implantación de medidas de eficiencia energética que permita contribuir a la sostenibilidad económica del sistema.

1.14. Creación del Servicio de Atención al Usuario y Programación Asistencial

Con la creación en 2013 de estos Servicios en cada Área Sanitaria, se integrarán los anteriores de Atención al Usuarios, Admisión y Gestión de Citas. Este proceso se consolidará con el nombramiento de los Jefes de Servicio tras la entrada en vigor del Real Decreto de Mandos Intermedios.

Fecha prevista para este nombramiento en septiembre 2014-primera quincena de octubre 2014.

2. Políticas sociales

2.1. Coordinación sociosanitaria para mejorar la atención a los dependientes

La atención a personas con dependencia, exige que los servicios sociales y los servicios de salud trabajen de forma conjunta para desarrollar procedimientos que garanticen la mejor cobertura en base a las necesidades de los ciudadanos y la continuidad asistencial en sus cuidados.

Derivado del acuerdo por el empleo y la competitividad entre el Gobierno y los agentes sociales se ha desarrollado un programa de actuaciones conjuntas entre las Consejerías de Sanidad y Bienestar Social, reflejado en la Agenda Social para Asturias y que contempla las siguientes acciones dirigidas a intervenir de forma coordinada en aquellas situaciones que requieran acciones de ambos sistemas, con objeto de mejorar la eficiencia de los Organismos y Administraciones Públicas, garantizando que cada usuario esté en el recurso más adecuado para su situación personal y familiar, aun cuando éste tenga una dependencia administrativa diferente.

El documento de ambas Consejerías implica una serie de actuaciones:

- Creación e implantación de una estructura de coordinación sociosanitaria estable entre ambas Consejerías que permitirá avanzar en la coordinación técnica entre los departamentos de sanidad y servicios sociales.
- Coordinación de la asistencia institucional a mayores dependientes: mediante la creación de unidades de valoración geriátrica en el establecimientos residenciales para la tercera edad de Asturias (ERA), de Unidades de Convalecencia y cuidados continuados en las Residencias Públicas.
- Mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Residencias públicas.
- Informatización de los centros residenciales para mayores que facilite la coordinación con el SESPA en el acceso a la historia clínica.
- Gestión farmacéutica coordinada con el SESPA para la dispensación farmacéutica a los residentes.
- Cooperación en nuestra central de compras.
- Gestión de los recursos socio sanitarios y de alojamientos para personas con enfermedad mental.
- Protocolos de actuación sociosanitaria con menores: maltrato, extranjeros, internados. Unidades de Atención Temprana.
- Protocolos de atención con personas discapacitadas de Centros de Apoyo a la integración (CAI) y de residencias de grandes discapacitados.
- Implantación del Programa de Atención a la Salud Oral de discapacitados psíquicos con una Unidad Especial en el Hospital Monte Naranco.

2.2. Estrategia de Enfermedades Raras en Asturias

La Estrategia Nacional de Enfermedades Raras aprobada en el 2009 planteó la necesidad que tienen las personas afectadas por una enfermedad rara de recibir una atención de calidad. Asturias, ha puesto de manifiesto su implicación con los pacientes diagnosticados de enfermedad rara, siendo en el año 2013 las actividades realizadas para la sensibilización y divulgación con asociaciones de enfermos seleccionadas como actividades de Buena Práctica por el Ministerio y la Agencia de Calidad del SNS.

La Estrategia de Enfermedades Raras en Asturias se sustenta fundamentalmente sobre la base del Conocimiento Epidemiológico. Esta información nos permite conocer la existencia de la enfermedad y su distribución en Asturias, para lo cual se ha creado por Decreto de Vigilancia Epidemiológica el Sistema de Información en Enfermedades Raras del Principado de Asturias (SIERA). A lo largo de estos dos últimos años se ha documentado la situación en Asturias, por lo que se cuenta con una valiosísima herramienta de apoyo a la planificación de las estrategias de salud para las personas afectadas.

Asturias participa asimismo en el Proyecto europeo SPAINRDR de investigación, proyecto internacional colaborativo para la creación y mantenimiento de registros de enfermedades raras.

2.3. Atención sanitaria a inmigrantes en situación irregular

La medida del Ejecutivo estatal de dejar sin atención sanitaria a las personas inmigrantes en situación irregular es, en nuestra opinión, una medida absolutamente innecesaria e injusta, porque atenta contra la aplicación de los principios de universalidad y equidad del Sistema Nacional de Salud y carga el peso de los recortes sobre los colectivos y grupos sociales con menor capacidad de respuesta o en riesgo de exclusión. Por ese motivo, durante 2013, por parte de la Consejería de Sanidad se han establecido medidas en colaboración con ONG de manera que se mantuviese la accesibilidad a las prestaciones sanitarias por parte de dichos colectivos.

2.4. Poblaciones vulnerables: Proyectos de atención a las desigualdades en salud con poblaciones de etnia gitana

Canalizadas a través de la Asociación Gitana de Asturias (UNGA) y con la Fundación Secretariado Gitano, se desarrollaron diversas actuaciones de lucha contra las desigualdades en salud a través del proceso de “mediación entre iguales”.

Encuesta a Población Infantil Gitana: Encuesta realizada a través de mediadoras de la propia comunidad gitana que, tras una formación previa en la Dirección General de Salud Pública (DGSP), han realizado todo el trabajo de campo encuestando a las distintas familias seleccionadas. Se trata de una metodología empleada por primera vez en el Estado que permite una aceptación y una penetración en el contexto cultural de la comunidad que hasta ahora no se había alcanzado. En la actualidad está en fase de procesado de los resultados.

Empoderamiento de la mujer gitana: programa llevado a cabo en el municipio de Langreo, formando, en colaboración con el Ayuntamiento, a mujeres gitanas con necesidades sociales específicas en autovaloración, empoderamiento, asertividad, etc.

Formación de Profesionales Sanitarios de Atención Primaria de Salud (APS), en características y cultura de la población gitana: se ha llevado a cabo en las Áreas 5 y 8 con una notable aceptación.

2.5. Poblaciones vulnerables: Colaboración con entidades y organizaciones no gubernamentales (SESPA y Consejería de Sanidad)

A través de la Dirección General de Salud Pública y de las subvenciones transferidas por el SESPA la Consejería destina más de 3 millones de euros a apoyar, promover o fomentar actuaciones de apoyo a diversas poblaciones de riesgo o que sufren desigualdades de salud por su condición de enfermedad y salud. Entre ellas destacan:

- Las ONGs y entidades con actuaciones en el ámbito de la prevención de infecciones de transmisión sexual: Comité Ciudadano Antisida, Médicos del Mundo, Asociación para la prevención, reinserción y atención a la mujer prostituta (APRAMP), Consejo de la Juventud.

- Entidades que trabajan en el ámbito de la desintoxicación, reducción de daños o prevención de drogodependencias: SILOE, Caritas, La Santina, Proyecto Hombre, ADSIS, SIAD, Centro de día de Mieres, Centro de día de Avilés, Comunidad Terapéutica del Valle, Spiral.
- Entidades de apoyo a enfermos o familiares de enfermos mentales: Asociación de Autistas “Niños del Silencio” (ADANSI), Hierbabuena, Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Asturias (AFESA).
- Entidades o asociaciones de enfermedades crónicas y enfermedades raras: Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE), Asociación de Lesionados Medulares y Grandes Discapacitados Físicos (ASPAYM), Asociación de Diabéticos del Principado de Asturias (ASDIPA), Neuromusculares, Parkinson, Asociación de Padres y Amigos de Cardiopatías Congénitas (APACI), Huntington, Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), Esclerosis Múltiple (EM).

3. Políticas del conocimiento

El Gobierno del Principado de Asturias, entiende la Sanidad como un sector estratégico de conocimiento, que puede ser un elemento tractor de otras áreas de la economía, y cuyo desarrollo es esencial para lograr la cohesión y el bienestar social. Por ello, con la Consejería de Sanidad y el SESPA al frente, ha apostado por establecer como una de sus prioridades fomentar y afianzar las estructuras que permitan un óptimo desarrollo de los Servicios de Salud Públicos basados en el impulso de este conocimiento como un atributo para intervenir en lo que se define como especialización inteligente de las regiones.

Contamos, desde cualquier punto de vista, con un modelo sanitario valioso, de los más avanzados del mundo, y de los mejor valorados de nuestro país año tras año según las encuestas nacionales de salud.

Disponemos de una buena red de hospitales, centros de salud, consultorios periféricos que facilitan la accesibilidad de los ciudadanos a nuestro sistema. En el SESPA y en la Consejería, complementándose con la Universidad, contamos con una magnífica plantilla de personal profesional de gran importancia en esa especialización biosanitaria. Tenemos una imponente masa crítica de personal bien formado, capaz de conocer, asumir y poner en práctica con rapidez las más modernas técnicas, preocupados por mantener al día sus capacidades, acostumbrados a investigar y a incorporar en su práctica diaria nuevos procedimientos y nuevas tecnologías.

Estamos en la obligación de señalar que contamos con grupos de trabajo y servicios excelentes, indiscutiblemente considerados referencia nacional e internacional, tanto en el ámbito clínico como en el ámbito de la investigación. Esta realidad supone un valor muy importante en nuestro sistema sanitario y la Consejería de Sanidad ha trabajado en esta legislatura para seguir buscando profundizar la excelencia profesional, poniendo de manifiesto que constituye un relevante factor de atracción que nos permite equipararnos con los territorios del mundo donde se dan las mejores prestaciones sanitarias.

Para lograr este desarrollo del conocimiento, la Consejería de Sanidad ha establecido y desarrollado las siguientes líneas estratégicas

3.1. Apuesta por el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs). Desarrollo de la e-health

3.1.1. Historia clínica electrónica

En relación con el cumplimiento de la normativa estatal en referencia a la implantación de la historia clínica digital-historia resumida de salud, en el Principado de Asturias hemos desarrollado un plan de ejecución desde la Dirección de Planificación, Ordenación e Innovación Sanitaria, que ha permitido dar los primeros pasos para contar con una red de información para el desarrollo de la historia digital única e interoperable dentro de Asturias y con el resto del SNS entrando en perfil emisor de la interoperabilidad.

La implantación del sistema Selene y Millenium permitirán desarrollar el modelo asistencial propuesto por la Consejería de Sanidad, basado en potenciar la comunicación entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria, y en el que el paciente y su familia se convierten de forma real en el centro de la planificación y de la actividad del servicio de salud, contribuyendo a evitar disfuncionalidades y duplicidades en los abordajes y tratamientos de los distintos procesos.

La implantación de la receta electrónica, permite igualmente, junto con el desarrollo del programa REBOTICA, disponer de información muy valiosa para la realización de estudios epidemiológicos que ayuden a dibujar algunas de las líneas estratégicas de la atención sanitaria en nuestra región.

3.1.2. Desarrollo de la e-health

Con la implantación de programas como la tele dermatología y la retinografía o la incorporación de la ecografía en Atención Primaria, contribuimos a una mejor gestión de la demanda asistencial, una mejor utilización de los recursos, un mayor desarrollo del conocimiento y capacitación de los profesionales, así como una mayor satisfacción de los pacientes y usuarios.

El desarrollo de las nuevas tecnologías nos abre la puerta en sanidad a un manejo del conocimiento que nos permite crecer como profesionales al incorporar en nuestra práctica diaria elementos que nos acercan al manejo de herramientas hasta ahora casi impensables.

Así hemos desarrollado en los últimos años, y en 2013, también, en el Servicio Público de Salud, a través de las comunicaciones en red, el funcionamiento de un marcapasos implantado en un paciente con patología cardiológica, sin que sea necesaria la presencia del paciente en la consulta físicamente del cardiólogo y así evitando desplazamientos innecesarios. Igualmente los profesionales pueden compartir el acceso a determinadas pruebas diagnósticas encontrándose en espacios físicos diferentes, pudiendo intercambiar opiniones en relación con los resultados y emitir informes, como ocurre con las imágenes

radiológicas, los electrocardiogramas, y por supuesto las analíticas entre otras pruebas complementarias.

3.1.3. Receta electrónica

A finales de 2014 está previsto que finalice la implantación de la receta electrónica en todas las Áreas Sanitarias del Principado de Asturias que comenzó a desplegarse en perfil prescriptor y dispensador en abril de 2013 gracias al acuerdo trilateral entre Red.es, el Ministerio y la Consejería de Sanidad.

Su desarrollo supone, entre otras cosas, un nuevo concepto de organización en la planificación de las consultas de Atención Primaria, con una notable disminución de la carga asistencial de los profesionales fundamentalmente en base al descenso de la actividad burocrática, un mejor conocimiento de la gestión del gasto farmacéutico, un aumento de la calidad asistencial y un mayor desarrollo del concepto de seguridad del paciente, y una mayor accesibilidad de los pacientes a los tratamientos farmacológicos en términos de equidad al permitir una gestión más ágil y directa de las condiciones del copago farmacéutico pues no se retiene al ciudadano de su renta nada más que lo que tenemos establecido como tope en la norma estatal.

La implantación de la receta electrónica, permite igualmente, junto con el desarrollo del programa REBOTICA, disponer de información muy valiosa para la realización de estudios epidemiológicos que ayuden a dibujar algunas de las líneas estratégicas de la atención sanitaria en nuestra región.

3.1.4. Biblioteca virtual

La Biblioteca Virtual (BVgcSalud) del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias, integrada y gestionada desde la Consejería de Sanidad, es un instrumento de gestión y difusión del conocimiento científico. La constituyen la Red de Bibliotecas del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias y la Oficina de Investigación Biosanitaria (OIB). Trabaja para atender las necesidades de información y formación de los profesionales y usuarios de nuestro Sistema Sanitario Público y de la Consejería de Sanidad. Con ella se ofrece a los profesionales sanitarios revistas electrónicas a texto completo, acceso a bases de datos y otros recursos como Uptodate, Embase, Fisterra-e, al catálogo de monografías y de revistas científicas de la Red de Bibliotecas gcSalud del Principado de Asturias, servicio de obtención de documentos (ILL17); servicio de referencia bibliográfica.

En cuanto a los servicios ofertados a los profesionales bibliotecarios son la gestión de catálogos; gestión de la obtención de documentos utilizando la plataforma ILL17; gestión de usuarios y formación y reciclaje. La Biblioteca Virtual está destinada a todos los profesionales de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias y del Sistema Sanitario Público Asturiano. Se comenzó el diseño y planificación en 2013. Comenzará su funcionamiento en marzo de 2014.

3.2. Apuesta por la investigación y la formación

3.2.1. Fundación para la Investigación y la Innovación Biosanitaria de Asturias (FINBA)

Con el propósito de reforzar la investigación biomédica, se crea en el entorno funcional del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), un centro de investigación de excelencia, la Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria de Asturias, (FINBA), con el objetivo de potenciar el enorme caudal de conocimiento presente en el ámbito de la sanidad asturiana y de fomentar el trabajo conjunto de los equipos de investigación.

La FINBA, forma la estructura de soporte de un Instituto de Investigación Sanitaria de excelencia (IIS), siendo una entidad multidisciplinar y multiinstitucional, dedicada a la investigación básica y aplicada, creada mediante la asociación entre la propia FINBA, el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y la Universidad de Oviedo. La acreditación como IIS, será el reconocimiento de la excelencia de los resultados científicos y de los retornos beneficiosos de los mismos (sanitarios, sociales y económicos), producto de esa labor investigadora en el entorno hospitalario de altísimo nivel que propicia las sinergias necesarias que surgen como fruto de la asociación multidisciplinar y multiinstitucional arriba mencionadas.

La FINBA, como centro de investigación de excelencia, se constituirá como el instrumento jurídico que realizará las tareas de representación y de gestión de la investigación, siendo su objetivo fundacional impulsar, apoyar, gestionar y difundir la investigación, el desarrollo científico-tecnológico y la innovación biosanitaria como factores de desarrollo regional, dentro de los objetivos de la política institucional en la materia propuestos por la Administración del Principado de Asturias.

Los trabajos para su constitución y la firma de la carta de intenciones tuvieron lugar en 2013, si bien la constitución de la Fundación, tendrá lugar el 23 de abril de 2014 con la firma de la escritura por parte de los Patronos Fundadores.

3.2.2. Impulso de la investigación

La Dirección General de Planificación, Ordenación e Innovación Sanitaria (DGPOIS), facilita la promoción de la actividad investigadora de interés sanitaria con una subvención a la Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT) para mantenimiento de la Oficina de Investigación Biosanitaria (OIB). Esta surge en el marco de un convenio entre la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias y la FICYT con el objetivo fundacional de promover y dar apoyo a la investigación biosanitaria en Asturias, prestando servicios integrales y personalizados como medio de desarrollo y mejora continua del sistema sanitario asturiano.

Además, la OIB pretende establecer un marco de colaboración, cooperación y comunicación entre los distintos sectores implicados en la investigación biosanitaria a diferentes niveles, autonómico, nacional e internacional; para alcanzar un desarrollo en este ámbito acorde al elevado nivel asistencial con el que cuenta la región. Las actividades objeto del artículo presupuestario y que son facilitadas casi exclusivamente por esta subvención:

Gestión administrativa de proyectos (financiados por agencias de financiación y otras); apoyo metodológico a la investigación; contratación de investigadores y personal de apoyo a la investigación, a través de contratación directa o compartida en las grandes programas de investigación nacional (Miguel Servet, Río-Hortega, etc.); información sobre convocatorias de proyectos competitivos o de contratación de profesionales; facilitar la colaboración entre investigadores; biobanco; biblioteca virtual y Servicio de documentación y repositorio de publicaciones; información sobre el estado de la investigación en Asturias; recursos y documentos de ayuda. La dotación presupuestaria existente para el año 2013 fue de 610.000 euros.

3.2.3. Formación universitaria

La planificación de una nueva cultura sanitaria indefectiblemente debe estar acompañada de un nuevo concepto de formación universitaria, en la que los alumnos de ciencias de la salud estén integrados en un ámbito en el que en un futuro próximo deberán desarrollar su actividad profesional. Desde ese punto de vista, desde el Gobierno del Principado a través de la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación, se ha propiciado un ambiente de diálogo con la Universidad de Oviedo, que ha servido para sentar las bases de un proyecto de futuro que persigue como horizonte articular un campus de Ciencias de la Salud.

En este momento, se ha dotado al edificio del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) con las instalaciones necesarias para poder desarrollar la actividad académica de los cursos clínicos de la Licenciatura de Medicina y Cirugía, dando cabida a la formación universitaria de 600 alumnos anuales. Las instalaciones, en 2013, estaban en proceso de adecuación una vez finalizadas las obras del HUCA, abriendo sus puertas coincidiendo con el inicio del curso académico 2014-2015, lo que ha supondrá una inversión de 509.813 euros.

3.2.4. Formación de postgrado

Con el desarrollo de la docencia y formación en nuevas especialidades sanitarias, se ha avanzado en la acreditación de nuevos centros docentes y ampliación de programas de formación como los de Enfermería Interna Residente en diferentes especialidades (como la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria ya implantada, y se espera próximamente en Salud Mental y Medicina del Trabajo).

En este campo se abordan actuaciones de formación sanitaria especializada.

3.2.5. Formación sanitaria continuada

La formación continuada es una de las actividades clave para mantener unos servicios públicos de calidad. En este sentido, la formación del personal vinculado al sector sanitario es una función imprescindible para lograr unos servicios sanitarios eficaces, de calidad y orientados a la respuesta a los problemas de salud de la ciudadanía. Se trabaja en primer lugar con un sistema en red de Comisiones de Docencia en cada Área. Y en segundo lugar con el Instituto Asturiano de Administración Pública (IAAP) a través de la Encomienda de Gestión establecida en noviembre de 2013 a través de la Resolución de 8-11-2013 (BOPA 26-11-2013).

3.2.6. Desarrollo de centros o servicios de referencia nacional (CSUR)

La acreditación como unidades de referencia, constituye uno de los símbolos de la excelencia que se persigue alcanzar en determinadas áreas del conocimiento relacionadas con la Salud en nuestra región. La apertura del nuevo Hospital Universitario Central de Asturias, debe considerarse como una oportunidad para desarrollar nuevas expectativas y para dar la mejor respuesta a los problemas de salud de nuestros ciudadanos, sin renunciar a convertirnos en referencia nacional e internacional de aquellas especialidades en las que contamos con los mejores profesionales y con la mejor tecnología.

Unidades actualmente acreditadas:

- Neuromodulación cerebral del dolor neuropático refractario
- Cirugía del plexo braquial
- Cirugía de los trastornos del movimiento
- Cardiopatías Familiares

Unidades en fase de acreditación:

- Sarcomas y tumores músculoesqueléticos del adulto.
- Cirugía de la Base de cráneo.

4. Inversión en Servicios e Infraestructuras. Apuesta por la calidad, la eficiencia y el desarrollo

4.1. Inversión en Servicios e Infraestructuras

4.1.1. Apertura del Nuevo Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA)

El nuevo Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) es posiblemente la principal obra impulsada por el Gobierno asturiano en las últimas décadas, tanto por su relevancia social, política y económica, como por el alcance de la inversión. El HUCA es la mejor expresión de un claro compromiso político con la sanidad pública asturiana y supone un gran salto en la mejora de una atención sanitaria de calidad e innovadora. Junto con el nuevo Hospital Vital Álvarez Buylla y el resto de la red asistencial, el nuevo HUCA servirá como un nuevo motor para el desarrollo económico y la cohesión social y territorial.

El HUCA de La Cadellada es un complejo singular, que incorpora las últimas técnicas arquitectónicas, tecnológicas y médicas y que está llamado a ser una referencia en España y en Europa. El hospital está generando unos importantes cambios urbanísticos y socioeconómicos en el área central de Asturias, especialmente en Oviedo, creando una nueva centralidad y favoreciendo nuevas actividades empresariales y la generación de empleo altamente cualificado.

El hospital será un centro de excelencia y funcionará como polo de atracción de la formación e investigación más puntera, gracias a la integración de la última tecnología disponible y a la inminente puesta en funcionamiento de la FINBA (Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria), que en apenas unos meses ha recabado el interés de aquellas empresas, empresarios e instituciones públicas y privadas más sensibilizadas con este gran reto, entre las que se encuentran algunas de las de más proyección del país.

El traslado a las instalaciones de La Cadellada supone además una nueva lógica asistencial en la que el paciente pasa a ser el centro de una actividad más ágil y de mayor resolución gracias a la excelencia de su plantilla y a una apuesta decidida por las últimas tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

Para ello, el centro sanitario cuenta con una plantilla de más de 5.300 profesionales, más de 4.000 de ellos sanitarios, que desarrollan su labor en una superficie de 190.000 metros cuadrados. El complejo está emplazado en la cuarta zona verde más grande del municipio de Oviedo, con cerca de 400 especies arbóreas de gran valor.

El HUCA está dotado de 36 quirófanos, 200 consultas externas, 120 gabinetes, 166 puestos de hospital de día, 79 boxes de urgencias y 1.065 camas de hospitalización distribuidas en 591 habitaciones. La instalación cuenta también con 68 ascensores, 2.101 plazas de aparcamiento, el mejor helipuerto de Asturias y un edificio singular reservado a la investigación de excelencia (FINBA).

En un solo día el Hospital atenderá más de 2.000 consultas, cerca de 400 urgencias y en torno a 125 ingresos. Cada jornada se realizarán en estas instalaciones más de 80 intervenciones quirúrgicas, más de 230 tratamientos ambulatorios y aproximadamente 2.300 pruebas diagnósticas.

El cambio de sede se acompañará de una potenciación tecnológica sin precedentes en la sanidad pública asturiana en robotización, laboratorios, equipos de diagnóstico y en tratamientos avanzados de radioterapia, entre otros. El hospital incorporará numerosos equipos de última generación que se traducen en un plus de precisión, comodidad y seguridad para el paciente y que permiten llevar a cabo nuevas técnicas médicas hasta ahora no disponibles en la comunidad.

A finales de 2013 el Hospital estaba listo para abrir sus puertas el 21 de enero de 2013 y para la mudanza completa y definitiva en el mes de junio de 2014.

4.1.2. Apertura del Hospital Vital Álvarez Buylla

La Consejería de Sanidad inició la actividad el 19 de diciembre de 2013 del nuevo Hospital Vital Álvarez-Buylla de Mieres, en el que el Gobierno ha invertido 57,3 millones de euros, de los que 41,8 millones se destinaron a obra civil y 15,5 millones a equipamiento. La puesta en funcionamiento del nuevo Hospital en Santuyano ha supuesto una importante renovación tecnológica con respecto al viejo Hospital de Murias puesto que el nuevo centro incorpora los últimos equipos de diagnóstico por imagen, entre los que destaca una resonancia magnética de 1,5 teslas, un tomógrafo computerizado de 54 cortes y un mamógrafo digital con tomosíntesis, que permite la realización de mamografías tridimensionales. Así, el equipamiento amplía y mejora la actual oferta de servicios, además de unificar otros que

hasta ahora se prestaban en distintas ubicaciones, tales como la rehabilitación y el diagnóstico por imagen.

Las instalaciones cuentan con una superficie construida de 28.000m² y 120 habitaciones. Además, tiene seis quirófanos (uno más que Murias), tres unidades para el trabajo del parto y la recuperación y una sala de técnicas especiales. La hospitalización y las consultas basadas en la alta resolución y la atención ambulatoria constituyen el núcleo central de la actividad.

El nuevo Álvarez Buylla presta servicio a 67.000 habitantes, fundamentalmente de la cuenca del Caudal: Mieres, Aller y Lena, que son atendidos por una plantilla de más de 680 profesionales.

La apertura del nuevo Hospital Vital Álvarez Buylla, no sólo es un aporte de renovación de instalaciones y tecnología, es una apuesta por la modernización del parque instalado para su mejor adaptación a los nuevos retos de la sanidad en red y el desarrollo del conocimiento profesional allí donde se encuentre.

Es preciso señalar que con el traslado a las nuevas instalaciones se producirá una ampliación en la cartera de servicios prestados en el Hospital de Mieres, con especial relevancia por la incorporación de un servicio de Hemodiálisis, por las implicaciones sociales que conlleva.

4.1.3. Otras inversiones en infraestructuras

Tan importante o más que la apertura de nuevos centros sanitarios, ya sea para su sustitución o de nueva implantación, es el mantenimiento de los mismos, no solo desde la perspectiva de la gestión diaria de sus instalaciones si no de un desarrollo de ejecución de obras que nos permiten la consolidación y la mejora de la edificación en general, ya sean los aspectos constructivos, de las instalaciones, o la adecuación para una mejor asistencia al ciudadano.

De esta manera se ha intervenido en todas las áreas sanitarias desde múltiples aspectos que nos permiten la mejora continuada de los centros para al menos tener un nivel más que aceptable de los distintos dispositivos.

Asimismo en estas intervenciones se tiene en cuenta la mejora de las instalaciones de comunicaciones, tan necesarias para el mantenimiento de los centros en red.

Con estos criterios en esta legislatura (2011-2015) se han realizado obras en más de 134 centros sanitarios, entre Atención Primaria y Especializada, con una inversión superior a los 3.500.000 euros.

Las actuaciones son muy variadas siendo desde la renovación de las cocinas del hospital de Jarrío, la adecuación de locales para el hospital de día en Cangas del Narcea, la ampliación de espacios requeridos para el área de urgencias en el hospital de Cabueñes, la remodelación de aseos para la mejora de la accesibilidad, o reformas y adecuaciones en centros de atención primaria tanto de elementos constructivos como de sus instalaciones.

No solo se mantiene el patrimonio de los centros, sino que al mismo tiempo estas inversiones facilitan el mantenimiento del tejido empresarial de la pequeña y mediana empresa. Fueron más de 70 las empresas que realizaron trabajos en los distintos contratos.

4.2. Apuesta por la calidad, la eficiencia y el desarrollo

4.2.1. Desarrollo de la Atención Primaria

Es un compromiso de la Consejería apoyar el desarrollo, consolidar y potenciar la actividad de la Atención Primaria en Asturias. La mejora en la capacidad de resolución de los procesos de salud-enfermedad de nuestros ciudadanos, la implantación de las nuevas tecnologías, la disminución de la variabilidad entre profesionales, la horizontalización de la asistencia dentro del Servicio de Salud, el impulso de la investigación, son algunas de las prioridades que han marcado las líneas de trabajo durante esta legislatura.

4.2.2. Desarrollo de Programas de Calidad: Joint Comission

La Acreditación en Calidad de la Joint Commission International (JCI) es una de las acreditación en calidad asistencial más prestigiosas del mundo. En el momento actual el Centro de Salud de El Llano (que combina ambos esquemas: JCI y SINOC-DAIME) se configura como el centro de salud de referencia y comparación JCI para el resto de la organización. En el ámbito hospitalario el Hospital Valle del Nalón (también acreditado en 2008) mantiene su acreditación durante el año 2013.

Si bien en España no está muy extendida (unos 25 centros asistenciales), este aval confiere prestigio exterior a los centros asistenciales y dota de una experiencia de valor incalculable a la organización sanitaria que está acreditada. A partir del año 2008 se produce en el Servicio de Salud un decidido movimiento hacia la calidad y la gestión clínica, que implicó el desarrollo de un esquema de calidad propio (SINOC-DAIME), que bebió de la experiencia y aprendizaje proporcionados por los centros JCI de Asturias.

5. Políticas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y protección de la salud de la población

La Consejería de Sanidad ha apostado, considerándolo una de sus máximas de trabajo, por garantizar a los ciudadanos la promoción de una vida sana basada en comportamientos y conductas saludables, con el objetivo de aumentar la calidad de vida de la población y reducir las desigualdades en salud.

Sobre esta premisa se han desarrollado las distintas políticas y estrategias de promoción de la salud, propiciando en los casos en que era preciso las modificaciones legislativas que permitiesen ponerlas en práctica y trabajando en la implantación de medidas de formación, arbitraje y protección del consumidor.

En este documento, se recogen a continuación algunas de las líneas estratégicas desarrolladas durante la legislatura.

5.1. Promoción de la Salud y Participación ciudadana

El objetivo fundamental de un Servicio Público de Salud debe ser mantener vivo el derecho a la protección de la salud. Este principio básico, sólo puede sustentarse sobre la base de la generación de comportamientos saludables alcanzados gracias a la información y a la formación de la población, y mediante actuaciones intersectoriales que permitan desarrollar estrategias dirigidas hacia poblaciones vulnerables para afrontar desigualdades injustas y evitables.

5.2. Actuaciones de Educación para la Salud en la Escuela

Se basan en la coordinación de las actividades entre las Consejerías de Educación y Sanidad, mediante el desarrollo de acuerdos de colaboración en diferentes ámbitos de salud

5.2.1. Programas de Educación para la Salud

La estrategia de Educación para la Salud se basa en los principios de formación integral de la persona, refuerzo de la personalidad, asertividad y resiliencia, perspectiva de género, lucha contra la discriminación y reconocimiento de todas las identidades.

Entre los programas que se han puesto en marcha a lo largo de la legislatura, destacan los siguientes por su interés general y por la repercusión social que han alcanzado: "Tomando el Timón"; "La Aventura de la Vida" y "Órdago": educación para la salud y consumo de sustancias; "Ni Ogros Ni Princesas": educación afectivo-sexual; "Yo pinto, tu cuentas, ella suma": educación para la salud infantil; "ESO por la salud": educación para la salud en secundaria, igualdad y alimentación; "Programa comedores escolares": alimentación y educación; "Fruta en la Escuela" (con una inversión total de 500.000 euros); "Huertos escolares": educación en alimentación, conocimientos del producto alimentario y economía de proximidad; "La Conquista de la boca sana": dirigido a alumnos de primaria y ESO.

5.2.2. Programa Aulas Hospitalarias

Oferta formativa para los niños hospitalizados en el HUCA, Hospital de Cabueñes y Hospital San Agustín, con el desarrollo de espacios acondicionados y material para que los profesionales de la enseñanza puedan desarrollar su labor educativa con los niños con enfermedades crónicas y que precisen ingreso hospitalario.

Este programa extiende igualmente la experiencia educativa a los domicilios de los niños cuando lo precisan, y actualmente se encuentran en fase de desarrollo un conjunto de medidas para favorecer y enriquecer este proceso potenciando la colaboración entre profesionales de la sanidad y de la educación.

En el HUCA se ha habilitado el uso de la red wifi de forma gratuita entre los niños ingresados y sus familiares, así como para los pacientes que acudan a hospital de día para recibir sus tratamientos.

5.2.3. Programa de diabetes en la escuela, y de Atención a niños con discapacidades sensoriales (auditivas y oftalmológicas)

Durante 2013, en proceso actual de diseño e implantación, destacando la colaboración entre sanidad y los profesionales de educación.

5.3. Actuaciones de Educación del Paciente Activo. Escuelas de Pacientes

El programa de Escuelas de Pacientes, persigue proveer a los pacientes de enfermedades crónicas de las herramientas de autocuidado necesarias para convertirse en protagonistas de su propia salud, gestionarla y compartir las experiencias con otros pacientes.

Se basa en los fundamentos de la Carta de Ottawa sobre el desarrollo de las aptitudes personales como elemento esencial en la promoción de la salud. La dinámica concede todo el protagonismo a los pacientes que, tras realizar el curso de formación, adquieren las herramientas para convertirse en líderes y a partir de ahí formar grupos para crear "Pacientes Expertos", capaces de gestionar el máximo nivel de salud del que disponen. El sistema sanitario y sus profesionales, especialmente de enfermería, están presentes en el proceso tutelando la actividad que se desarrolla.

La experiencia comenzó en 2013 y hasta el momento ha tenido una gran acogida entre pacientes y profesionales.

5.4. Prevención del consumo de drogas, reducción de daños e incorporación social de las personas que padecen adicciones

Actuaciones contempladas en el Plan de Drogas para Asturias 2010-2016. Los principales hitos de desarrollo son:

Elaboración y tramitación del Proyecto de Ley de Atención integral en materia de alcohol y otras drogas legales: El texto de la Ley se centra en la prevención, fundamentalmente de la demanda, abordando todos los aspectos relacionados con la prevención de los problemas de salud derivados del consumo inadecuado del alcohol y otras drogas legales: prevención educativa, familiar, laboral, y con especial interés en grupos vulnerables y en el ámbito de la justicia del menor.

Dentro de las medidas recogidas en la Ley es necesario destacar los esfuerzos realizados en la prevención de la oferta y demanda, introduciendo la prohibición de consumo de alcohol a los menores de 18 años.

Debemos destacar la amplia participación social que ha existido en su elaboración y diseño, contando con asociaciones de usuarios, ciudadanía, instituciones judiciales, fiscales, penitenciarias, técnicos y profesionales de los servicios sociales, de salud mental, cuerpos y fuerzas de seguridad e instituciones sociales y educativas.

Desarrollo de los Planes Municipales de Drogas: durante 2013 se ofertaron convocatorias anuales de subvenciones en las que participan más de una cincuentena de municipios y mediante las cuales es posible el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención del consumo de drogas en jóvenes.

Apoyo a las Comunidades Terapéuticas, centros de día y centros de deshabituación y reinserción social, cuya participación permite afrontar numerosas acciones sociosanitarias y de deshabituación o reinserción social.

Programa de prevención y control del tabaquismo: particularmente con el impulso a la red de centros sanitarios libres de tabaco, y a los programas y talleres de apoyo a la deshabituación.

5.5. Tercera Encuesta de salud para Asturias (ESA III)

La realización durante 2012 y 2013 de la III Encuesta de salud para Asturias ha permitido disponer de una herramienta básica para el conocimiento y la evaluación de los principales indicadores de salud de la población de Asturias en cuanto a determinantes sociales, económicos, de conductas, uso de servicios sanitarios, principales trastornos, calidad de vida y satisfacción con los servicios sanitarios. Destaca a ese respecto el mantenimiento de amplios estándares de satisfacción de la población con los servicios que se proporcionan desde el servicio público de salud, y una elevada valoración de la calidad de vida.

5.6. Actualización de la información sanitaria

Informes de mortalidad, Registro Poblacional de Cáncer, Registro de Enfermedad Renal Crónica, Registro de IVE. La actualización de estas bases de datos permite asimismo tener una información actualizada de la mortalidad y morbilidad en Asturias y su tendencia.

5.7. Municipios y Salud

La cooperación con la Federación Asturiana de Concejos (FAC) permite el desarrollo de Planes Municipales de Salud mediante la cooperación con los técnicos municipales de la propia FAC y de la DGSP. Hasta la fecha se ha apoyado la realización de 17 planes municipales de salud y se colabora en diferentes actuaciones de promoción.

5.8. Observatorio de Salud para Asturias

El desarrollo del Observatorio de Salud para Asturias ha sido un compromiso más cumplido del Gobierno para esta legislatura. Se ha configurado como estructura orgánica de la Dirección General de Salud Pública, y constituye una herramienta esencial de información para apoyar el trabajo de promoción de la salud a nivel territorial y municipal. Durante 2013 se ha emitido un informe global y varios monográficos.

La red de activos comunitarios cuenta con una amplia representación de organismos, asociaciones e instituciones que desarrollan acciones de salud en la comunidad. Conviene señalar el acuerdo alcanzado en este ámbito y plasmado con la firma de La Alianza por la Salud Comunitaria que ha establecido un marco de colaboración que permite hacer visibles

las redes de recursos disponibles. La Consejería firmó esta Alianza con las Universidades de Alicante y Girona, el Instituto Marco Marchioni, La Dirección General de Salud Pública de Aragón, Agencia de Salud Pública de Barcelona, Escuela de Salud Andalucía, La federación de asociaciones de enfermería Comunitaria y Atención Primaria, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y el Instituto Vasco de Innovación Sanitaria.

5.9. Participación comunitaria en salud

Los programas de participación comunitaria en Salud persiguen integrar a los ciudadanos en las decisiones y en el desarrollo de las líneas estratégicas de las iniciativas sanitarias, para que éstos dejen de ser meros espectadores de la evolución de un sistema sanitario que debe trabajar para promover una buena calidad de vida y para dar respuesta a los problemas de salud.

Las líneas de trabajo en este sentido se centran en:

- Impulsar los Consejos de Participación de Salud de las Áreas Sanitarias y las Zonas Básicas de Salud.
- Impulsar las relaciones con asociaciones y organizaciones no gubernamentales.
- Impulsar la colaboración con los planes municipales para implantar activos comunitarios de salud.

5.10. Programas de prevención

5.10.1. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva

En el ámbito de la promoción se desarrollan actuaciones ya referidas en la escuela. A nivel preventivo se ha destinado un potente apoyo a los programas de prevención de infecciones de transmisión sexual y de lucha contra la violencia de género.

La política de prevención se apoya en los COF, las unidades de ITS y el trabajo colaborativo con ONGs como Médicos del Mundo, Consejo de la Juventud y otros.

Los progresos en la implantación del Programa de Atención Integral al embarazo, parto y puerperio en los centros sanitarios y maternidades han sido reconocidos a nivel nacional. Se cuenta con cuatro líneas de actuación: mejora de prácticas obstétricas, participación de las mujeres, sistema de información y formación de los profesionales.

5.10.2. La Estrategia de Cronicidad: "Personas Sanas, Poblaciones Sanas"

La ordenación de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias se estructura en torno a dos grandes líneas de trabajo:

- Mejorar la salud de la población asturiana y sus determinantes
- Desarrollar un nuevo modelo de asistencia sanitaria que permita afrontar con buenos resultados de salud, entre otros retos, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas en nuestra sociedad

La elaboración de la Estrategia de Cronicidad, durante la fase de diseño en 2013 y 2014, ha contado con la participación de más de 250 profesionales. Implicará una mayor participación ciudadana y un mayor protagonismo de los pacientes en sus cuidados favoreciendo su responsabilidad y autonomía.

Su implantación en 2014 supondrá para los profesionales sanitarios una mejora en sus condiciones de trabajo, facilitando que el tiempo sea dedicado a actividades con mayor valor añadido y evitando burocracias y duplicidades. Se generará un entorno con herramientas que faciliten que el profesional pueda tomar decisiones clínicas adecuadas, realizando un correcto abordaje biopsicosocial en aquellos casos que sea requerido, con soporte por otros profesionales y trabajando en un sistema comunicado entre niveles.

El despliegue de la estrategia se articula a través de 4 grandes líneas políticas que se hacen operativas a través de 19 proyectos estratégicos

5.10.3. Programa de Atención a la salud oral

Con el objetivo de prevenir la salud bucodental, reducir la variabilidad en la práctica clínica, mejorar la eficiencia de todas las actuaciones clínicas y de los programas, adecuando la prestación de servicios a la población más vulnerable, se plantea la reorganización de la atención global a la salud oral.

Se desarrollan tres programas preventivos específicos:

- Promoción y prevención de la salud oral en población infantil. Dirigido a los niños de 6 a 14 años,
- Atención a la salud oral en embarazadas. Oferta preventiva dirigida a todas embarazadas
- Atención a la salud oral de discapacitados psíquicos. Para los que se ha dotado un área de consulta específica en el Hospital Monte Naranco para intervenciones con equipamiento específico. En fase de finalizar su implantación.

5.10.4. Programa de Detección Precoz y Comunicación de Cáncer Laboral

Este programa ha sido una actuación pionera en España que desarrolla el artículo 5.3 del RD 1299/2006 de 19 de diciembre por el que se aprobó el cuadro de Enfermedades Profesionales y cuyos resultados han supuesto la visibilización y el reconocimiento de la enfermedad profesional por cáncer, hasta ahora no detectadas, lo que supone un gran apoyo a los afectados y un mejor conocimiento del comportamiento epidemiológico de la exposición laboral.

5.10.5. Programas universales de detección precoz de la enfermedad

Diagnóstico Prenatal y malformaciones congénitas: implantado en toda Asturias y en proceso de evaluación 2013.

Programa de atención al déficit auditivo infantil (PADAI): diez años de evaluación del programa de prevención de la sordera infantil con más de 500 beneficiarios en total, que será presentado en las próximas semanas.

Programa de detección precoz de cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años: programa que ha sido evaluado en sus procesos y en sus resultados de salud.

5.10.6. Programas de protección de la salud y el consumo

Plan Coordinado de Seguridad Alimentaria

Desarrollado conjuntamente con la Consejería de Agroganadería supone un paso importante en la seguridad alimentaria en Asturias. El Plan abarcará todas las actuaciones de control y seguimiento desde la producción primaria hasta el consumo, tanto en los ámbitos hortofrutícolas como en las carnes y pescados. En 2013 se establecieron las primeras medidas para su diseño e implantación para 2014 de acuerdo a las directrices de la UE y al Plan de control de la Cadena Alimentaria.

Entre las actuaciones de este Plan se desarrolla asimismo el Proyecto de auditoria, acreditación y mejora de la red de Laboratorios del Principado en el ámbito de la alimentación y el control medio ambiental.

Plan Salud de Medio Ambiente

Se trata de desarrollar un plan transversal contando con la participación de las cuatro Consejerías: Sanidad, Economía, Fomento y Agroganadería. El objetivo del Plan es analizar las repercusiones de los factores ambientales en la salud humana e integrar las políticas de medio ambiente y salud, proponiendo la puesta en marcha de acciones que contribuyan a la mejora de la calidad ambiental y la minimización de riesgos ambientales para la salud de la población.

Se han realizado cursos de formación sobre la tecnología de Evaluación de Impacto en Salud (EIS), se han comprometido las actuaciones en el Plan de calidad del aire de Gijón y se encuentra en redacción un borrador del Plan a nivel regional.

Protección de los consumidores. Centros de Formación para el Consumo

La Administración del Principado ha asumido el compromiso de lograr un alto nivel de protección de los consumidores, vigilando la seguridad de los productos, resolviendo las reclamaciones económicas de los consumidores a través de la vía arbitral y de la actividad inspectora, y educando a los ciudadanos en un modelo de consumo sostenible y responsable. El instrumento fundamental en esta tarea educativa son los cinco Centros de Formación para el Consumo existentes en Lugones, Ribadesella, Tineo, Vegadeo y Blimea, cuya actividad se ha retomado a lo largo de esta legislatura, impartiendo formación anualmente, incluido 2013, a más de 12.000 usuarios, fundamentalmente alumnos de primaria y secundaria, personas mayores y personas con discapacidad.

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

- AGC: Áreas de Gestión Clínicas
- ADANSI: Asociación de Autistas "Niños del Silencio"
- AFESA: Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Asturias
- APACI: Asociación De Padres Y Amigos de Cardiopatías Congénitas
- APRAMP: Asociación para la prevención, reinserción y atención de la mujer prostituida
- APS: Atención Primaria de Salud
- ASDIPA: Asociación de Diabéticos del Principado de Asturias
- ASPAYM: Asociación de Lesionados Medulares y Grandes Discapacitados Físicos

B

- BVgcSalud: Biblioteca virtual de gestión del conocimiento
- BOPA: Boletín Oficial del Principado de Asturias

C

- CAI: Centro de Apoyo a la Integración
- CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas
- COCEMFE: Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica
- COF: Centros de Orientación Familiar
- CSUR: Centros o servicios de referencia nacional
- CURMPS: Comisión para el uso racional del medicamento y productos sanitarios

D

- DGPOIS: Dirección General de Planificación, Ordenación e Innovación Sanitaria
- DGSP: Dirección General de Salud Pública

E

- EBEP: Estatuto Básico del Empleado Público
- ELA: Esclerosis Lateral Amiotrófica
- EM: Esclerosis Múltiple
- EpS: Educación para la salud en la escuela
- ERA: Establecimientos residenciales para la tercera edad de Asturias
- ESA: Encuesta de Salud para Asturias
- ESO: Educación Secundaria Obligatoria
- EIS: Evaluación de Impacto en Salud

F

FAC: Federación Asturiana de Concejos

FICYT: Fundación para la investigación científico y técnica

FINBA: Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria de Asturias

H

HCD: Historia Clínica Digital

HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias

I

IIS: Instituto de Investigación Sanitaria

ITS: Infecciones de Transmisión sexual

J

JCI: Joint Commission International

O

OIB: Oficina de Investigación Biosanitaria

ONG: Organizaciones no gubernamentales

P

PADAI: Programa de atención al déficit auditivo infantil

R

RD. Real Decreto

S

SESPA: Servicio de Salud del Principado de Asturias

SIAD: Servicio Interdisciplinar de Atención a Drogodependientes

SIERA: Sistema de Información en enfermedades raras de Asturias

SINOC-DAIME: Sistema de Información Normalizado para los Objetivos de Calidad-Documentado-Aprobado-Implantado-Monitorizado-Evaluado

SNS: Sistema Nacional de Salud

SPAINRDR: Spain Rare Diseases Registries

T

TIC: Tecnologías de la información y comunicación

U

UE: Unión Europea

UGC: Unidades de Gestión Clínica

UNGA: Asociación Gitana de Asturias

V

VHC: Virus de hepatitis C

Informe anual
del Sistema Nacional
de Salud 2013
Illes Balears



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	3
Resumen	4
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	5
1. Medidas sobre la asistencia sanitaria	5
1.1. Medidas encaminadas a potenciar la coordinación con Atención Primaria	5
1.2. Creación de consultas específicas de enfermería	5
1.3. Desplazamientos de especialistas del Hospital Universitario Son Espases al Hospital de Can Misses de Ibiza y al Hospital Mateu Orfila de Menorca	5
1.4. Desplazamientos de especialistas del Hospital Can Misses de Ibiza al Hospital de Formentera	6
1.5. Incorporación de la cirugía Fast-track para el tratamiento del cáncer colo-rectal, en la cartera de servicios del Hospital de Manacor	6
1.6. Mejora en el rendimiento de la actividad asistencial de los hospitales	6
1.7. Priorización de intervenciones quirúrgicas en las patologías más graves	6
2. Medidas de cohesión y garantías financieras	7
2.1. Estrategia de mejora de la financiación sanitaria en concepto de compensación por asistencia sanitaria a asegurados de otros estados y de otras CCAA	7
3. Medidas sobre la prestación farmacéutica	8
3.1. Estrategia para la mejora de la prescripción y dispensación de los medicamentos estupefacientes y de especial control médico (ECM) y de los procedimientos su seguimiento y control	8
3.2. Estrategia para armonizar los criterios de uso de los medicamentos en el Servicio de Salud de las Islas Baleares	10
3.3. Medidas específicas que afectan al Capítulo IV de los presupuestos de atención primaria	12
3.4. Evaluar la calidad de prescripción de los médicos que más se desvían de su asignación	12
3.5. Línea estratégica de Atención al Paciente Polimedicado	13
4. Medidas de recursos humanos	13
4.1. Contención del gasto por sustitución de profesionales	13
4.2. Herramienta de gestión de sustituciones	13
4.3. Creación de la bolsa única de ocupación	14
5. Medidas de gestión sanitaria. La central de compras	14
5.1. Unificación de precio	15
5.2. Centralización de los catálogos de farmacia hospitalaria y de implantología	15
5.3. Central de Contratación	17

5.4. Central de Compras y Logística	17
Abreviaturas, acrónimos y siglas	18

Demografía y entorno económico

	Illes Balears	España	Fuente
Población	1.112.736	46.593.236	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	50,1	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	49,9	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	15,5	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	69,8	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	14,7	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	9,5	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	5,0	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

Las medidas adoptadas en la CA de las Illes Balears encaminadas a la mejora de la calidad, la efectividad, la eficiencia y en términos globales la sostenibilidad del sistema sanitario acaecidos en el año 2013 se agrupan en cinco grandes áreas: medidas sobre la asistencia sanitaria; medidas de cohesión y garantías financieras; medidas sobre la prestación farmacéutica; medidas en materia de recursos humanos y medidas de gestión sanitaria.

En las medidas sobre la asistencia sanitaria se destacan actuaciones tanto en atención primaria como en atención hospitalaria. En las medidas de cohesión y garantías financieras se explica la estrategia de mejora de la financiación sanitaria en concepto de compensación por asistencia sanitaria a asegurados de otros estados y de otras CCAA. En el apartado de prestación farmacéutica se describen intervenciones desarrolladas en todos los ámbitos de la prescripción, desde proyectos transversales y generales a medidas específicas que llegan al médico prescriptor. En cuanto al área de RRHH se explican las actuaciones llevadas a cabo para contener el gasto sin perder calidad asistencial, así como la descripción de las herramientas informáticas que se han implantado con ese fin. Finalmente, se dedica un apartado específico al proyecto de la central de compras desarrollado en el Servicio de Salud.

Algunos de estos proyectos, iniciados en 2012, verán su implantación definitiva en el próximo año. Otros en cambio se presentan ya como una realidad y es posible cuantificar las mejoras que se han podido obtener a lo largo del año 2013.

Para responder al encargo realizado desde el Ministerio y concretar los “hitos más destacados en la mejora de la calidad, la efectividad, la eficiencia y en términos globales la sostenibilidad del sistema sanitario acaecidos en el año 2013” en nuestra CCAA, proponemos seguir el siguiente esquema en el presente documento:

1. Medidas sobre la asistencia sanitaria
2. Medidas de cohesión y garantías financieras
3. Medidas sobre la prestación farmacéutica
4. Medidas en materia de recursos humanos
5. Medidas de gestión sanitaria. La central de compra

1. Medidas sobre la asistencia sanitaria

1.1. Medidas encaminadas a potenciar la coordinación con Atención Primaria

Se han ido elaborando una serie de protocolos donde se recogen los criterios de derivación de los pacientes de determinadas patologías, marcando también el grado de prioridad. Con ello buscamos no solo evitar derivaciones innecesarias sino también que los pacientes que precisen asistencia sean vistos en el tiempo adecuado a su problema. Los servicios en los que se han elaborado protocolos han sido:

- Protocolo de derivación al Servicio de Dermatología
- Protocolo de derivación al Servicio de Cardiología
- Protocolo de derivación al Servicio de Neumología
- Protocolo de derivación al Servicio de Nefrología
- Protocolo de derivación al Servicio de Traumatología

1.2. Creación de consultas específicas de enfermería

La finalidad es conseguir una mejora de la calidad asistencial y un alivio para la sobrecarga asistencial de determinados servicios mediante la asunción por parte de profesionales de enfermería, capacitados para funciones de enfermería avanzada, de actividades que hasta ahora eran llevadas a cabo por médicos:

- Consulta de Enfermería de Educación Diabetológica
- Consulta de Enfermería para pacientes con EPOC grave
- Consulta de evaluación preanestésica
- Atención Enfermera para la evaluación preanestésica en pacientes de bajo riesgo

1.3. Desplazamientos de especialistas del Hospital Universitario Son Espases al Hospital de Can Misses de Ibiza y al Hospital Mateu Orfila de Menorca

Incremento del Soporte Asistencial a las Islas de Menorca e Ibiza. El desplazamiento de los facultativos del hospital de referencia supone un aumento de calidad asistencial y comodidad para los pacientes de dichas islas y un ahorro en desplazamientos aéreos. Además de los incrementos de la frecuencia de los desplazamientos de CMF, CPE, NRC y TRI, se ha introducido en 2013 el de un Cardiólogo Pediátrico y Traumatología de Adultos para realizar intervenciones quirúrgicas de Columna en Menorca y consultas externas específicas de esta patología.

1.4. Desplazamientos de especialistas del Hospital Can Misses de Ibiza al Hospital de Formentera

Para dar cobertura a la atención especializada en la isla evitando desplazamientos de los pacientes.

1.5. Incorporación de la cirugía Fast-track para el tratamiento del cáncer colo-rectal, en la cartera de servicios del Hospital de Manacor

Esta técnica permite minimizar el dolor y el estrés postquirúrgico, atenuar sensiblemente las complicaciones asociadas a esta cirugía y acortar los plazos de convalecencia, aumentando la calidad de vida del paciente

1.6. Mejora en el rendimiento de la actividad asistencial de los hospitales

Se han llevado a cabo medidas de incremento de la actividad hospitalaria, incluyendo actividad en horario de tarde sin remuneración adicional. Esto ha permitido mejorar el rendimiento de la actividad quirúrgica y optimizar la ocupación hospitalaria.

Destaca por ejemplo el aumento de actividad quirúrgica de los hospitales en un 11,71% con respecto al año 2012. Esto ha permitido que el número de pacientes en lista de espera para intervenciones quirúrgicas se haya reducido un 20'34% para el mismo periodo.

También se ha producido un aumento de la actividad de consultas externas, de pruebas radiológicas y de determinaciones de laboratorios.

1.7. Priorización de intervenciones quirúrgicas en las patologías más graves

Se han puesto en marcha dos medidas que se controlan por medio de la comisión de seguimiento de listas de espera:

- Las intervenciones de neoplasias malignas de prioridad 1 se realizan en menos de 30 días desde su inclusión en lista de espera quirúrgica.
- Los pacientes quirúrgicos con indicación de prioridad 1 de cualquier patología serán intervenidos antes de 150 días desde su inclusión en lista de espera quirúrgica.

2. Medidas de cohesión y garantías financieras

2.1. Estrategia de mejora de la financiación sanitaria en concepto de compensación por asistencia sanitaria a asegurados de otros estados y de otras CCAA

Uno de los objetivos principales de la Consejería de Salud de Islas Baleares en materia de financiación sanitaria ha sido impulsar un aumento de la financiación para las competencias sanitarias en el ámbito de:

- las compensaciones por asistencia sanitaria a personas aseguradas en otros estados.
- Las compensaciones por asistencia sanitaria prestada a titulares de tarjeta sanitaria de otras comunidades autónomas:
- Derivadas entre CCAA (desarrollo de los anexos 1, 2 y 3 del RD Fondo de cohesión sanitaria, tema SIFCO).
- Las que se incluyen en el Nuevo Fondo de Garantía Asistencial.
- Para ello se ha establecido una estrategia conjunta entre Consejería de Salud y el Servicio de Salud (IB-Salut).

Los puntos clave en los que se basa esta propuesta son:

- Análisis comparativos realizados en Consejería en relación a la facturación internacional por estancia y otros;
- La inminente puesta en marcha del Fondo de Garantía Asistencial, creado mediante la ley 16/2012;
- La inminente compensación entre CCAA del saldo de derivados que, hasta el momento, tan solo suponía ingresos pero no implicaba pagos a las CCAA derivadoras netas (que es el caso de Baleares);
- Las conclusiones del Informe del Tribunal de Cuentas sobre asistencia sanitaria internacional
- Esquemáticamente se han abordado los siguientes aspectos:

2.1.1. Fondos a potenciar

1. Promover la inclusión en la facturación internacional del gasto farmacéutico en asistencia sanitaria internacional y en general mejorar el registro de FISS-WEB.
2. Promover el aumento de la tramitación de cuotas globales en su caso.
3. Preparar la puesta en marcha del FOGA.
4. Promover la revisión dirigida a la disminución (si es posible) del saldo negativo de SIFCO.

2.1.2. Impulsar mejoras en el proceso de facturación

Implicando a todas las áreas del Ib-Salut que participan en esta gestión: admisión, tarjeta sanitaria, prestaciones, gestión económica, facturación, sistemas de información, y otras.

1. Promover la identificación y registro completo de usuarios a efectos de compensaciones (entre Estados y CCAA).
2. Promover la imputación de toda la actividad sanitaria facturable en cada caso.
3. Promover la aplicación de tarifas adecuadas que se correspondan con los costes
4. Promover mejoras de los procesos de facturación en el ámbito de desplazados (internacional, y de otras CCAA cuando proceda registro en SIFCO y futuro FOGA)

2.1.3. Actuaciones realizadas

El Servicio de Salud ha centrado sus actuaciones en 2013 en:

- Promover mejoras organizativas internas
- Actualizar la Orden de Precios Públicos, con objeto de responder a los planteamientos del INSS y del Tribunal de Cuentas sobre la necesidad, y relativa urgencia, de facturar las prestaciones farmacéuticas servidas a pacientes asegurados por otros países. El Servicio de Salud siguió la línea seguida por otras CCAA consistente en introducir un coste medio para realizar una estimación del coste de la prestación farmacéutica.
- El Servicio de Salud impulsó el desarrollo de un proyecto específico centrado en mejorar la facturación, denominado FACTER, concluyendo la necesidad de mejorar la recogida de conceptos facturables y de concienciar a los responsables de facturación de la necesidad de registrar toda la facturación internacional.
- Actuaciones derivadas de la trasposición de la directiva de Asistencia Sanitaria Transfronteriza, y de los convenios especiales.
- Inicio de un proyecto conjunto entre el área de prestaciones y de tarjeta sanitaria dirigido a que cualquier ciudadano que entre en contacto con el sistema sanitario público de Islas Baleares sea registrado en el Registro Poblacional Único.

3. Medidas sobre la prestación farmacéutica

3.1. Estrategia para la mejora de la prescripción y dispensación de los medicamentos estupefacientes y de especial control médico (ECM) y de los procedimientos su seguimiento y control

El Real Decreto 1675/2012, de 14 de diciembre, por el que se regulan las recetas oficiales y los requisitos especiales de prescripción y dispensación de estupefacientes para uso humano y veterinario, promueve la integración en un único documento de la receta oficial de estupefacientes, simplificando la prescripción de estos medicamentos y facilitando la accesibilidad de los pacientes a los mismos, y permite la aplicación de sistemas informáticos en los mecanismos de control y procesamiento de dichas recetas.

Durante el año 2013, una de las líneas de actuación de la Consejería de Salud, mediante la colaboración de la Dirección General de Gestión Económica y Farmacia y el Servicio de Salud de las Islas Baleares, ha sido impulsar la adecuación del sistema de receta electrónica a la nueva norma y la programación e implantación los libros recetario y de contabilidad de estupefacientes electrónicos.

Uno de los objetivos principales abordados en el año 2013 ha sido la creación de un nuevo aplicativo para almacenar los libros electrónicos de contabilidad de estupefacientes de las oficinas de farmacia y los servicios de farmacia, y los libros recetarios de las oficinas de farmacia.

En las oficinas de farmacia, los libros electrónicos de estupefacientes y recetario incorporan los registros que permiten gestionar los datos de consignación obligatoria de todas las dispensaciones realizadas en nuestra comunidad, tanto del ámbito privado como del público, permitiendo entradas y salidas manuales y en soporte electrónico, y facilitando la explotación de datos y la remisión de los partes anuales a la autoridad competente.

En el ámbito público, aproximadamente el 99% de las prescripciones y dispensaciones se realizan en el sistema de receta electrónica y para facilitar la incorporación de la prescripciones sujetas a registro en estos libros (estupefacientes, psicótopos, fórmulas magistrales, medicamentos de especial control médico...) se ha desarrollado y programado una integración entre el sistema de receta electrónica del Servicio de Salud y el sistema de libros electrónicos de la Dirección General de Gestión Económica y Farmacia. Esta integración permite que, ante la dispensación de un medicamento susceptible de ser incorporado al libro electrónico, el sistema de receta electrónica, previa firma del farmacéutico, envíe un mensaje con los datos que exige el registro electrónico, quedando anotados en los libros. Estos registros, junto con los registros manuales que incorpora directamente el farmacéutico de oficina de farmacia, configuran los nuevos libros electrónicos que proporcionan una información más uniforme, permiten el envío de los datos obligatorios con la periodicidad establecida, facilitan los procedimientos de control y seguimiento y permiten explotar la información de forma ágil e inmediata.

La integración de receta electrónica con los libros electrónicos ha permitido eliminar las recetas oficiales de estupefacientes en soporte papel, lo que ha supuesto una mejora importante para el prescriptor al no tener que duplicar la prescripción y al paciente evitando confusiones con dobles prescripciones.

Otra de las mejoras ha sido el permitir que la receta electrónica de un estupefaciente avale la dispensación de la medicación precisa para un máximo de tres meses, así como la identificación estos registros con la leyenda indicativa de la categoría del medicamento.

La estrategia para la mejora de la prescripción y dispensación de los medicamentos estupefacientes y de los procedimientos para su seguimiento y control ha supuesto:

- Desarrollo e implantación del Libro de contabilidad de estupefacientes electrónico en las oficinas de farmacia y en los servicios de farmacia de los hospitales públicos y privados.

- Desarrollo e implantación del Libro recetario electrónico en las oficinas de farmacia.
- Optimización de la gestión de los registros de estupefacientes, eliminando documentos en soporte papel y facilitando el acceso al soporte electrónico.
- Automatización de la obtención de datos y remisión en soporte electrónico de la información a las autoridades competentes.
- Explotación de los datos para el control y seguimiento del consumo.
- Permitir el seguimiento de medicamentos encuadrados en otros programas del plan de drogas, como la metadona, cuyos datos se procesan mensual.
- Eliminación de los talonarios de recetas oficiales de estupefacientes en el ámbito del Servicio de Salud.
- Ampliación del periodo de prescripción del tratamiento con estupefacientes.
- Incorporación de etiquetas informativas asociadas a los medicamentos que identifican la categoría del medicamento en los registros del sistema de receta electrónica del Servicio de Salud.

Los resultados de este trabajo se resumen en los siguientes apartados:

- Implantación completa de los Libros de estupefacientes y recetario electrónico.
- Envío a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de los datos anuales del Libro de estupefacientes de los servicios de farmacia de los Hospitales de 2013.
- Envío a la Agencia Española y Productos Sanitarios de los datos anuales del Libro de estupefacientes de las oficinas de farmacia desde 2014

3.2. Estrategia para armonizar los criterios de uso de los medicamentos en el Servicio de Salud de las Islas Baleares

De acuerdo con la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, el desafío actual de los servicios de salud y entre ellos el Servicio de Salud de las Islas Baleares es asegurar la calidad de la prestación e impulsar el uso racional de los medicamentos garantizando que todos los usuarios de nuestra comunidad autónoma sigan teniendo acceso al medicamento que necesiten, cuando y donde lo necesiten, en condiciones de efectividad y seguridad.

La Ley 10/2013, de 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, establece en la disposición adicional tercera que las actuaciones orientadas a establecer la posición de un medicamento en la prestación farmacéutica y su comparación con otras alternativas terapéuticas, tendrán una base científico técnica común para todo el Sistema Nacional de

Salud y se realizarán en el marco de los informes de posicionamiento de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, teniendo dichos informes carácter vinculante.

Una de las líneas estratégicas del Servicio de Salud de las Islas Baleares, encuadradas en el eje de eficiencia y sostenibilidad del Servicio de Salud, es la de fomentar el uso racional del medicamento y en concreto promover la gestión farmacéutica integrada, reforzando la coordinación de las comisiones de farmacia y terapéutica (CFT) para garantizar una prestación farmacéutica de calidad y homogénea para todos los usuarios del Servicio de Salud. Con este fin, se crea la Comisión Farmacoterapéutica de las Islas Baleares, a la que se le encomienda establecer los criterios y las condiciones de uso de los medicamentos y los protocolos de tratamiento, de referencia para el servicio de salud de las Islas Baleares, basados en criterios de evidencia científica y de eficiencia.

En marzo de 2012, se crea la Comisión Farmacoterapéutica del Servicio de Salud de las Islas Baleares (CFIB), que actúa como órgano asesor de la Dirección Asistencial del Servicio de Salud de las Islas Baleares y cuyos objetivos principales son: establecer criterios y condiciones de uso de los medicamentos para garantizar que su utilización se realice con la máxima calidad, seguridad y eficiencia; y establecer estrategias de mejora para la gestión eficiente de los recursos farmacéuticos, asegurando la equidad de acceso a los mismos y la transparencia en la toma de decisiones.

La composición multidisciplinar de esta comisión, con representantes de la Consejería de Salud y de todas las gerencias del Servicio de Salud seleccionados en base a criterios técnicos y de idoneidad, por su carácter de expertos en temas de farmacología y terapéutica, garantiza la objetividad, credibilidad y el consenso de los acuerdos emitidos por la misma.

El procedimiento para la inclusión de un nuevo medicamento o de una nueva indicación de uso en los hospitales del Servicio de Salud se inicia con una solicitud que deberá ir acompañada del preceptivo informe de evaluación en el que se documenten, con bibliografía contrastada y evidencia científica, los aspectos del medicamento relacionados con la eficacia, seguridad y coste o en su defecto el Informe de Posicionamiento Terapéutico emitido por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Además de los aspectos antes mencionados, se analiza el impacto presupuestario que supone para la comunidad autónoma la introducción del medicamento en la prestación farmacéutica.

La solicitud puede proceder de:

- Profesionales sanitarios adscritos al Servicio de Salud que cursarán su solicitud a través de las comisiones de farmacia y terapéutica o de las direcciones médicas correspondientes de su gerencia debiendo aportar el informe de evaluación que avala la solicitud.
- La dirección del Servicio de Salud, en cuyo caso encargará a una comisión de farmacia y terapéutica la elaboración del informe de evaluación que recoja su solicitud.

La CFIB funciona en pleno, sin perjuicio de que se pueda acordar la creación de subcomisiones o grupos de trabajo para el estudio de temas concretos. El pleno de la comisión se reúne, con carácter general en sesión ordinaria una vez al mes.

Para garantizar una total transparencia en los procesos implicados en la selección de medicamentos, los acuerdos alcanzados por la CFIB se notifican a los responsables de las gerencias dependientes del Servicio de Salud para su conocimiento y aplicación. Asimismo, para favorecer la comunicación y difusión de los acuerdos alcanzados por la CFIB, a todos los profesionales sanitarios adscritos al Servicio de Salud, la documentación en la que se basan dichos acuerdos se publica en la intranet corporativa del Servicio de Salud.

La creación de la Comisión Farmacoterapéutica de las Islas Baleares ha supuesto:

- Establecer un procedimiento que permite armonizar las condiciones de utilización de medicamentos en el Servicio de Salud, y muy especialmente aquellos de alto impacto económico, basándose en criterios de evidencia científica y eficiencia
- Asegurar la equidad en el uso de los medicamentos.
- Difundir los criterios y protocolos de utilización de los medicamentos a los profesionales sanitarios del Servicio de Salud, a través, de un gestor documental de acceso seguro y controlado.
- Establecer sistemas de registros individualizados para realizar un seguimiento del uso y resultados en salud de los medicamentos.

Los resultados de este trabajo se resumen en los siguientes apartados:

- A lo largo del año 2012 se consensuaron los criterios de uso de siete medicamentos, y de trece medicamentos en el año 2013.
- Se inició la creación de registros de seguimiento individualizados para medicamentos destinados al tratamiento de la hepatitis C.

3.3. Medidas específicas que afectan al Capítulo IV de los presupuestos de atención primaria

Estas medidas se han vinculado a la negociación del contrato de gestión entre la Gerencia y los EAP. En el proceso de negociación se ha pactado la asignación farmacéutica por Zona Básica de Salud (ZBS), llegando al nivel de cupo y CIAS. La asignación presupuestaria en capítulo IV se ha realizado en base a las siguientes variables: número y tipo de TSI, pacientes visitados en el último año (VUA) y por tramos de edad. Siguiendo el modelo de asignación que se viene utilizando en la GAPMA y en las gerencias de área.

3.4. Evaluar la calidad de prescripción de los médicos que más se desvían de su asignación

Se han realizado más de 30 entrevistas con estos profesionales, en las que han participado el equipo directivo de la gerencia y el farmacéutico de atención primaria de referencia. Se ha elaborado un documento personalizado de la prescripción farmacéutica de esos médicos, basado tanto en criterios de calidad de prescripción como de eficiencia, proponiendo en base

a estos puntos una serie de medidas encaminadas a mejorar estos aspectos. Se ha establecido un calendario de seguimiento de la implantación de las medidas de mejora.

3.5. Línea estratégica de Atención al Paciente Polimedicado

Durante el año 2013 se ha estado trabajando en un documento de consenso que contemple una serie de medidas para mejorar la calidad de prescripción y la seguridad del paciente polimedicado, reduciendo la iatrogenia. Este protocolo se va a implementar en forma de pilotaje durante el próximo año en varios centros de salud con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y la eficiencia de la prescripción.

4. Medidas de recursos humanos

Las gerencias tanto de las áreas sanitarias de Ibiza-Formentera y Menorca, como de los sectores sanitarios de Mallorca y de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, han impulsado medidas que pretenden mejorar la eficiencia de la gestión de recursos humanos.

4.1. Contención del gasto por sustitución de profesionales

El gasto por sustitución de profesionales se ha visto reducido de manera considerable respecto al año 2011 (último año en que se firmó el CG). En las categorías de médico de familia y enfermería el número de días asignados por profesional ha descendido en un 60,9%. En la categoría de pediatría un 60% y en el caso de los profesionales no sanitarios (auxiliares administrativos y celadores) la reducción ha sido de un 62,3% respecto al año 2011.

La pauta seguida ha sido, garantizar la adecuada asistencia a los pacientes y responder a las demandas generadas, solicitando a los equipos y servicios que asumieran las coberturas de: bajas, ausencias, días de libre disposición y vacaciones con la máxima eficiencia, intentando siempre en la medida de lo posible utilizar los recursos disponibles. Con estas actuaciones se ha logrado reducir en un 50% el gasto destinado a estas actividades (ausencias por bajas médicas, ausencias justificadas, días adicionales de libre disposición y reducciones horarias)

4.2. Herramienta de gestión de sustituciones

Para ayudar a los equipos directivos de los centros de salud, desde la GAP de Mallorca se ha puesto a disposición de los mismos, a través de la plataforma sharepoint®, una herramienta de gestión de sustituciones, que permite hacer un seguimiento en tiempo real del gasto y la desviación con respecto al presupuesto asignado en capítulo I.

En aquellos casos en los que dicha desviación presupuestaria supera cierto límite, la GAP se ha reservado la posibilidad de poder autorizar/denegar la sustitución de los permisos solicitados.

4.3. Creación de la bolsa única de ocupación

El Servicio de Salud ha estado desarrollando durante el año 2013 la puesta en marcha de una bolsa de trabajo única que se aplica a todos los procedimientos de selección de personal estatutario temporal. El objetivo es unificar el sistema de selección de personal, por lo que respecta tanto al procedimiento como a la baremación de los méritos.

Se trata de una bolsa general y única para cada una de las categorías profesionales del personal del servicio, abierta de manera permanente y que incluirá personal del ámbito sanitario y personal de gestión y servicios. También establece un elemento de zonificación y de especialidad, de manera que las personas aspirantes puedan escoger la gerencia y el tipo de nombramiento, que puede hacerse teniendo en cuenta la duración de la jornada (tiempo parcial o jornada completa) o la tipología (interinos y el resto de nombramientos) que les interesen.

El sistema de selección de la bolsa es por concurso de méritos, baremados por la Unidad de Selección del Servicio de Salud. Previamente, las personas aspirantes pueden validar la autobaremación por medio de la firma electrónica o de un procedimiento similar.

Este proyecto deberá ser refrendado por la mesa sectorial de Sanidad y se procederá a su publicación en el BOIB. Está previsto que durante el año 2014 se inicie de forma progresiva la implantación de esta bolsa única en un total de 35 categorías profesionales, que de este modo irá sustituyendo a las bolsas de sustitución de las diferentes gerencias territoriales.

Se prevé que acudan a la convocatoria de las bolsas de trabajo entre 25.000 y 30.000 personas aspirantes a conseguir una plaza temporal en alguno de los centros u hospitales que gestiona el Servicio de Salud.

5. Medidas de gestión sanitaria. La central de compras

La Central de Compras y logística actual se inició en Mayo de 2012, como punto de partida se hizo un diagnóstico interno de la situación de las compras y la logística en el Servicio de Salud. Para ello se contó con la colaboración de profesionales de compras y logística de las gerencias de Mallorca.

Las principales conclusiones del análisis de situación apuntaban:

1. Dificultad a la hora de asignar partidas presupuestarias a los acuerdos marco.
2. Los sistemas de información requerían una adaptación a las necesidades detectadas.
3. No existía un catálogo único centralizado de productos del ib-salut.
4. Se requería formación y especialización del personal que gestionara esta materia.
5. Se detectaron problemas de logística. Falta estandarizar circuitos desde los servicios centrales.

A partir de este análisis se crea el departamento de servicios con cuatro áreas de trabajo:

- **COMPRAS:** con el objetivo de ser el órgano promotor de compras y gestor del catálogo de productos y nuevas tecnologías.
- **LOGÍSTICA Y SAP:** buscando la racionalización de circuitos logísticos y mejora de módulos de explotación de información.
- **ANÁLISIS DE DATOS:** implementando la extracción de información para la toma de decisiones.
- **RECURSOS MATERIALES:** dando apoyo técnico a la gestión de compra y logística
- En abril de 2013 se aprueba, el Plan Director para la Central de Compras y Logística del Ibsalut. Este plan se elaboró con la participación de todo el equipo directivo del Ibsalut, tanto asistencial como no asistencial. En dicho plan se marcan todos los hitos del proyecto teniendo en cuenta las diferentes perspectivas posibles.

Así mismo se toman una serie de medidas iniciales que incluyen:

- El personal de compras, logística y contratación administrativa de las gerencias dependerán funcionalmente de la Subdirección de Contratación y Compras.
- Las gerencias deberán facilitar los recursos necesarios a medida que vayan centralizándose funciones.
- Aumentar el control sobre los promotores (nuevo circuito de autorizaciones previas y contratación centralizada para contratos de las gerencias superiores a 500.000 €) cuyo objetivo es el obtener el máximo ahorro posible.

En el mes de Junio de 2013 se puso formalmente en funcionamiento la nueva Central de Compras y Logística (CCL) del Servicio de Salud con la asignación de un presupuesto propio.

La Central de Compras y Logística (CCL) del Servicio de Salud contempla tres grandes líneas de acción: la unificación de precios y la catalogación de productos; la central de contratación y la central logística.

5.1. Unificación de precio

La situación de partida era la de una gran dispersión de proveedores, productos, precios y catálogos que imposibilitaba la gestión y la centralización; prueba de ello es que el ahorro era mínimo. Por ello la primera tarea fue la de unificar los precios de los productos del Servicio de Salud.

La idea es que el primer trimestre de 2014 esté cerrado para abarcar el resto de grupos. En el 2013 se centraron los trabajos en la unificación precios de farmacia hospitalaria, implantología y osteosíntesis, reactivos y de fungible sanitarios.

5.2. Centralización de los catálogos de farmacia hospitalaria y de implantología

Otro gran paso es la centralización total de los catálogos de productos, que se ha realizado conjuntamente con los profesionales sanitarios. Los primeros que se han unificado son el de farmacia hospitalaria y el de implantología. Estas partidas suponen el 67 % de la compra de suministros de todo el Servicio de Salud. Concretamente, durante el año 2012 el gasto en farmacia hospitalaria fue de 114 millones de euros y de 20 millones en implantología.

Para centralizar los catálogos se ha procedido a reducir número de proveedores, productos y unificar precios para todas las gerencias. Para ello se han cruzado las bases de datos de los hospitales de Son Espases y Son Llàtzer, y las gerencias.

Las CCFH (Comisiones de Compras de Farmacia Hospitalaria) en el caso de farmacia hospitalaria y los CAIS (Comités Asesores de Implantes) han sido fundamentales en la centralización de dichos catálogos.

Los CAIS (Comités Asesores de Implantes) se pusieron en marcha en el segundo semestre de 2013. Hasta la fecha se han hecho de traumatología, cardiología y cirugía general en los que han asistido todos los jefes de servicio. La idea es reunir al resto de especialidades durante el primer trimestre del año 2014.

Su composición permanente es la siguiente:

- Hasta 3 representantes del Ib-salut designados por el Director General.
- Hasta 4 asesores clínicos expertos en la tipología de los productos objeto de estudio, de acuerdo con los temas a tratar en cada caso, designados por el Director Asistencial del Ib-salut.
- Máximo de 2 miembros no permanentes, cuando por razones de oportunidad así lo considere la comisión.
- La secretaria de la comisión será asumida por la CCL.

Las funciones básicas de estos comités son:

1. Dar soporte técnico al Ib-salut para la elaboración, modificación y actualización de la cartera de servicios ortoprotésicos internos.
2. Velar por la calidad de los implantes quirúrgicos utilizados en el ámbito de la presente norma.
3. Aprobación de nuevos implantes en el catálogo.
4. Aprobación de modificaciones en el catálogo.
5. Informar de la normativa sobre dicha materia.
6. Asesorar a la CCL en el aspecto técnico de los implantes.
7. Trabajar en la adecuación de los implantes en función del servicio, tipo de paciente,...
8. Colaborar en los contratos que se realicen (pliegos técnico, criterios de valoración,...).
9. Como paso intermedio, antes de la contratación, en el caso de implantología se están haciendo estudios de mercado a nivel estatal definiendo un precio máximo acorde a mercado para el servicio de salud. Para ello nos hemos reunido con toda la industria para llegar a un consenso tanto en los precios máximos como en el catálogo definido.

Los nuevos precios en el caso de traumatología (prótesis de rodilla y cadera) y cardiología (marcapasos, desfibriladores y stents) se activarán a lo largo del próximo año. Quedando para 2015 los trabajos en el resto de familias de implantología.

En cuanto a las Comisiones de Compras de Farmacia Hospitalaria están formadas por:

- 1 representante de la Dirección General de Farmacia.
- Todos los jefes de Servicio de Farmacia de las gerencias.
- 1 representante de la Dirección Asistencial del Ibsalut

- 1 representante de la CCL
- La secretaria de la comisión será asumida por la CCL.

Y sus funciones:

- Aprobación de nuevos fármacos en el catálogo.
- Aprobación de modificaciones en el catálogo.
- Informar de la normativa sobre dicha materia.
- Asesorar a la CCL en el aspecto técnico de los fármacos.
- Trabajar en la adecuación de los fármacos en función del servicio, tipo de paciente,...
- Colaborar en los contratos que se realicen (pliegos técnico, criterios de valoración, mesas de adjudicación...).

En el caso de farmacia hospitalaria (fármacos exclusivos, fármacos genéricos y fluidoterapia) el primer grupo que se contratará durante 2014 será el de fármacos exclusivos, que supone el 40% de todo el presupuesto de compras del Ibsalut. Para ello, durante 2013 se recibieron las ofertas y se invitó a la industria a una renegociación, aspecto permitido por el procedimiento elegido. Esto supuso un aspecto novedoso en este tipo de actuaciones. La experiencia ha sido positiva y esperamos que se traslade a los concursos previstos.

5.3. Central de Contratación

El Servicio de Salud de las Islas Baleares se constituye como uno de los primeros servicios de salud del Estado que centraliza el presupuesto de las distintas gerencias hospitalarias a fin de unificar procesos y aplicar las economías de escala en la contratación de bienes y servicios.

5.4. Central de Compras y Logística

Es previsible que durante el año 2014 se puedan poner en funcionamiento la centralización de los recursos humanos en la isla de Mallorca y los procesos de compra para todo el servicio de salud. La cuestión de la bolsa única de ocupación ya ha sido comentada con anterioridad en este documento.

5.4.1. Evaluación e impacto

Por último comentar que el impacto en términos de ahorro de estas acciones en las compras de 2013, una vez cerrado el ejercicio, es de 8,3 millones de euros, algo superior a las previsiones iniciales.

Destacan entre éstos, el impacto en farmacia que ha sido de 1,9 millones de euros; en fungible sanitario 3,1 millones de euros; Implantes y osteosíntesis 1 millón de euros, y reactivos 2,3 millones de euros.

Abreviaturas, acrónimos y siglas

B

BOIB: Boletín oficial de las Islas Baleares

C

CASI: Comités asesores de implantes

CPE: Cirugía pediátrica

CCFH: Comisiones de compras de farmacia hospitalaria

CCL: Central de compras y logística

CFIB: Comisión farmacoterapéutica del Servicio de Salud de las Islas Baleares

CFT: Comisiones de farmacia y terapéutica

CG: Contrato de gestión

CMF: Cirugía máxilo facial

E

ECM: Especial control médico

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

F

FISS-WEB: Facturación Internacional de Servicios de Salud vía Internet

FOGA: Fondo de Garantía Asistencial

G

GAP: Gerencia atención primaria

GAPMA: Gerencia atención primaria de Mallorca

I

Ib-Salut: Servicio de Salud de las Illes Balears

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social

N

NRC: Neurocirugía

S

SIFCO: Sistema de Información del Fondo de Cohesión

T

TRI: Traumatología infantil

TSI: Tarjeta sanitaria individual

V

VUA: Visitados en el último año

Z

ZBS: zona básica de salud

Informe anual
del Sistema Nacional
de Salud 2013
Canarias



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	2
Resumen	3
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	4
1. Gestión económica y presupuestaria	4
2. Control del gasto farmacéutico	6
2.1. Receta electrónica continua.....	6
2.2. Ayudas a la prescripción a través de la historia clínica	7
3. Mejora de la eficiencia en la prestación de la asistencia sanitaria	7
3.1. La sostenibilidad del sistema sanitario como objetivo general en el Programa de Gestión Convenida (PGC).....	7
3.2. El médico especialista consultor.....	9
3.3. Retisalud	10
4. Política de personal	11
4.1. Plan de Ordenación de Recursos Humanos en materia de jubilación	11
Índice de tablas.....	13
Abreviaturas, acrónimos y siglas	14

Demografía y entorno económico

	Canarias	España	Fuente
Población	2.108.462	46.593.236	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	49,8	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	50,2	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	14,6	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	71,0	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	14,4	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	7,5	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	6,3	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

En estos últimos años, al hilo de la crisis económica, el Servicio Canario de la Salud (SCS) ha optado por la adopción de estrategias dirigidas a desarrollar las potencialidades de nuestra sanidad pública y para mejorar su eficiencia.

Por eso, en el 2013, los avances en el mantenimiento y mejora de la sanidad pública se han dirigido fundamentalmente a los siguientes aspectos:

- Gestión económica y presupuestaria
- Mayor eficiencia en la prestación de la asistencia sanitaria
- Control del gasto farmacéutico
- Adecuación en la política de personal

En el ámbito de la *gestión económico presupuestaria*, se ha continuado trabajando tanto sobre los ingresos, con el desarrollo del Gestor de Expedientes para facturación a terceros, de creación propia, como sobre los gastos, fomentando y promoviendo las compras centralizadas. Destacar la puesta en marcha de los Expedientes de adopción de tipo de medicamentos y productos sanitarios declarados de uso común y uniforme, no sujetos a contratación centralizada, así como, en su caso, la suscripción de acuerdos marco derivados del mismo, en el ámbito del SCS.

El SCS ha continuado avanzando en la *mejora de la eficiencia* a través de programas como Retisalud o la actividad del Médico especialista consultor, al mismo tiempo que se vinculan los incentivos de los profesionales sanitarios con los objetivos que en el PGC van dirigidos a la sostenibilidad del sistema.

En lo que se refiere al *control del gasto farmacéutico*, destacar, por un lado la implantación de la Receta Electrónica Continua (RECC) en todas las áreas de salud de Canarias, y por otro, las ayudas a la prescripción a través de la Historia Clínica Electrónica (HCE).

Sobre la *política de personal*, además de continuar con el proceso de estabilización de personal estatutario del SCS a través de la OPE iniciado en 2007, señalar el Plan de ordenación de recursos humanos en materia de jubilación que ha permitido aplicar una política de renovación y redimensionamiento de plantillas, adecuando los recursos humanos a las actividades de prestación de servicios sanitarios, por medio de la incorporación progresiva y ordenada de nuevos profesionales que cubran las plazas que queden vacantes por jubilación.

1. Gestión económica y presupuestaria

En este aspecto se ha continuado trabajando tanto en el ámbito de los ingresos como en el de los gastos.

En relación con los procedimientos de facturación a terceros se ha desarrollado e implementado un Gestor de Expedientes, de creación propia, que alcanzó en el año 2013 al 77% de las unidades de facturación de los centros de asistencia especializada. Este Gestor hace posible un seguimiento estricto del procedimiento administrativo necesario para el cobro de cada una de las asistencias prestadas a pacientes sin derecho a asistencia sanitaria financiada, minimizando la posibilidad de no facturar tales ingresos. Asimismo, durante 2013 se elaboraron las condiciones técnicas para la implementación del pago mediante tarjeta de crédito en los centros asistenciales de aquellas asistencias prestadas a pacientes sin derecho a recibir asistencia sanitaria financiada públicamente.

Dentro del ámbito de la gestión de los gastos corrientes en bienes y servicios se ha continuado fomentando y promoviendo las compras centralizadas, con el objeto de conseguir productos homogéneos en todos los centros del Servicio Canario de la Salud, y obtener una mejor oferta económica en los procedimientos abiertos de contratación. En tal sentido, en cumplimiento de lo dispuesto en la Orden de la Consejera de Sanidad de 20 de noviembre de 2012 por la que se determina el régimen de contratación centralizada de bienes y servicios relacionados en su Anexo, y siguiendo la tendencia de la mayoría de las administraciones públicas con el objetivo de ganar en eficiencia y economía, durante el año 2013 se han llevado a cabo los siguientes trámites:

- Se adjudicó el expediente de contratación centralizada de gestión integral de residuos sanitarios para todas las gerencias sanitarias, con un ahorro de 910.000€/año con respecto al año anterior.
- El Grupo de Trabajo constituido a efectos de estudiar la cadena de aprovisionamiento de bienes y servicios, integrado por representantes de los departamentos de suministros de hospitales, de atención primaria, de un Servicio de Farmacia hospitalaria y de la Dirección General de Recursos Económicos, concluyó formulando varias propuestas tendentes a ganar en eficiencia y economía en esta área.
- Se realizaron los trabajos preparatorios que culminaron con la publicación de sendas licitaciones para contratar los servicios de limpieza y pruebas externas de laboratorios en el ejercicio 2014. Por lo que al servicio de limpieza respecta, se elaboró un único Pliego de Prescripciones Técnicas de servicios de limpieza y otras prestaciones secundarias tales como mantenimiento de jardines, transporte y costura de ropa, gestión de residuos, etc., común a todos los servicios tanto sanitarios como no sanitarios. Asimismo, se unificaron los precios máximos de licitación de pruebas externas de laboratorio para todos los hospitales.

- Se iniciaron los trabajos para contratar la adquisición de reactivos para laboratorios, habiéndose fijado unos precios unitarios

Otra de las estrategias puestas en marcha en el Servicio Canario de la Salud, fue la ampliación de los Expedientes de adopción de tipo de medicamentos y productos sanitarios declarados de uso común y uniforme (tabla 1), no sujetos a contratación centralizada, así como la suscripción de acuerdos marco derivados del mismo.

Tabla 1.1. Expedientes de adopción de tipo de medicamentos y productos sanitarios

Expedientes
Marcapasos-Desfibriladores-Holters-Electrodos
Ropa plana de hospitalización
Medicamentos de uso humano I
Somatotropina
Medicamentos uso humano II(exclusivos)
Stents coronarios
Indumentaria desechable
Guantes
Uniformidad y calzado
Sueros

Fuente: Servicio Canario de la Salud.

Una de las características de los procedimientos de determinación de tipo es que no obliga al Servicio Canario de la Salud a adquirir un número determinado de unidades, siendo un segundo y definitivo contrato celebrado con cada centro de gestión el que determina las adquisiciones de los productos concretos a suministrar y su cantidad, tramitándose entonces por los órganos de contratación de las respectivas Instituciones Sanitarias del Servicio Canario de la Salud.

Los respectivos centros de gasto, como órganos de contratación competentes para adjudicar el correspondiente contrato marco, solicitan a la empresa o empresas adjudicatarias que suscribieron el acuerdo marco, la oferta de suministro de los medicamentos que en cada momento resulten necesarios y celebran el contrato con la oferta que consideren mejor económicamente, lo que supone un ahorro sustancial de un 10% aproximadamente.

Durante el año 2013 se ha mejorado el proceso de asignación de recursos a través del presupuesto anual del Servicio Canario de la Salud mediante la introducción del reparto de los recursos adicionales conforme a la población ajustada según perfiles de gasto por grupo de edad y según complejidad hospitalaria (ésta última en el caso de las Gerencias de Atención Especializada).

Asimismo, se han desarrollado, junto con la Consejería de Economía y Hacienda, los trabajos preparatorios para el cierre de los sistemas SEFCAN (Sistema Económico Financiero de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias) y TARO (Sistema de Información Contable, Financiero y Logístico del Servicio Canario de la Salud) de cara a la

entrada en funcionamiento del nuevo Sistema Económico Financiero y Logístico de la Comunidad Autónoma de Canarias.

2. Control del gasto farmacéutico

2.1. Receta electrónica continua

El fin último de la política farmacéutica del Gobierno de Canarias coincide con la definición de uso racional del medicamento dada por la OMS en 1985 y que es conseguir que "los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad". Esto se consigue, sobre todo, con las políticas de prestación farmacéutica y uso racional del medicamento.

Por otra parte, el Servicio Canario de la Salud (SCS) a efectos de racionalizar el gasto público respecto a la prescripción y dispensación de medicamentos en el ámbito de la Comunidad Autónoma, ha priorizado que la prescripción por parte de los facultativos del SCS se realice a través de la Receta Electrónica Continua Canaria (RECC). Con la RECC se pretende un control más exacto del retiro de envases en la farmacia a partir de su última fecha de recogida o de cobertura y la posología estipulada por el médico, de manera que el paciente retire la medicación de la farmacia en el momento que la necesite.

Canarias es una de las comunidades autónomas con mayor porcentaje en la utilización de la Receta Electrónica según los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de forma que, aunque la REC sólo estaba implantada en los centros de Atención Primaria, 91 de cada 100 recetas dispensadas en las farmacias se prescribieron en formato electrónico.

La Receta Electrónica implantada por el Servicio Canario de la Salud permite prescribir prácticamente todos los productos disponibles. Es posible recetar medicamentos tanto por nombre comercial como por principio activo; efectos y accesorios como pañales de incontinencia urinaria, tiras reactivas de glucemia, colectores, gasas, vendas etc., medicamentos no financiados, productos de visado y estupefacientes.

Por ello, se han ido adoptando los cambios precisos para hacer extensiva la implantación de la receta electrónica, incluyendo en ella desde agosto 2013 los medicamentos de visado y los medicamentos estupefacientes. Asimismo, está prevista la incorporación de las recetas que se les extiende en el SCS a desplazados y pacientes con acuerdos internacionales, así como el gran proyecto de pilotar la REC en atención especializada prevista para el segundo trimestre del año 2014. Toda esta actuación evita la acumulación de medicamentos y disminuye la frecuencia de las citas para repetición.

En el mes de diciembre se emitieron 3.021.318 recetas electrónicas en la Comunidad Autónoma, el 85,95% del total de recetas prescritas (3.013.582). Los porcentajes por Área de Salud fueron: 91,39% en El Hierro, 92,18% en La Gomera, 92,47% en La Palma, 92,00% en Fuerteventura, 89,83% en Lanzarote, 93,83% en Tenerife y 88,94% en Gran Canaria.

2.2. Ayudas a la prescripción a través de la historia clínica

El Servicio Canario de la Salud trabaja permanentemente en la actualización de la formación de los facultativos "on line" a través del soporte DRAGO Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, que les facilita su trabajo en el mismo momento de la prescripción. A lo largo del 2013 se ha continuado añadiendo nuevas ayudas a esta herramienta:

- Con información para la elección de los fármacos más eficientes en cada situación, recomendados en las guías farmacoterapéuticas tomadas de referencia (Guía Terapéutica SEMFYC).
- Se han incluido alertas farmacológicas para una prescripción más segura y se han proporcionando listados a los profesionales respecto a los pacientes de su cupo con la medicación sujeta a la alerta en tratamiento vigente.
- Estos listados se actualizan periódicamente y contienen sólo los pacientes que tienen este medicamento vigente (activo). Además se ha realizado la inserción de comentarios generales dirigidos a medicina de familia y enfermería en las historias de todos los pacientes que sigan con el tratamiento vigente.
- Para ayuda a la prescripción segura y dentro del Programa del Paciente Crónico Polimedicado, en la historia clínica se informa sobre Medicación duplicada, Medicación no recomendada en mayores de 65 años (con la ayuda de criterios Stopp y Priscus), Interacciones farmacológicas a "evitar" en este grupo de edad, o Duración máxima recomendada de algunos tratamientos, tales como Bifosfonatos, Omeprazol, o antiagregantes.

3. Mejora de la eficiencia en la prestación de la asistencia sanitaria

3.1. La sostenibilidad del sistema sanitario como objetivo general en el Programa de Gestión Convenida (PGC)

La Ley territorial 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, establece el Programa de Gestión Convenida como herramienta fundamental, que fija los objetivos a alcanzar y orienta las acciones a desarrollar por las Instituciones del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con los criterios y directrices adoptados por los Organismos Centrales del Servicio, tal y como se recoge en su artículo 70.

Como consecuencia del trabajo desarrollado por un Grupo de trabajo constituido por la Dirección del Servicio Canario de la Salud, con el objetivo de diseñar un nuevo documento más práctico y que facilitara la evaluación del grado de cumplimiento de las metas planteadas, se modifica el Programa de Gestión Convenida.

En los Programas de Gestión Convenida establecidos con cada una de las Gerencias de Atención Primaria, Especializada y de Servicios Sanitarios, se especifica lo siguiente: "A través de este documento, el Servicio Canario de la Salud desarrolla su orientación adecuando los recursos a las necesidades de los usuarios, de una forma equilibrada,

aplicando racionalmente los presupuestos disponibles bajo el principio de la adecuación presupuestario y acorde a las líneas de actuación establecidas en las Áreas de impacto contempladas en el III Plan de Salud de Canarias 2014-2017, para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios, que se encuentra en fase de tramitación en el Parlamento de Canarias.”

En estos nuevos Programas de Gestión Convenida, se definieron los objetivos estratégicos de la Consejería de Sanidad para cada periodo y los distintos indicadores que permitirían evaluar el grado de cumplimiento de las metas planteadas. La selección de estos indicadores estuvo condicionada por la disponibilidad de información homogénea y fiable, que facilitaran el seguimiento y la evaluación del objetivo.

El objetivo básico de este Programa de Gestión Convenida fue la Sostenibilidad del sistema sanitario a través de los siguientes objetivos asociados:

- Adecuación presupuestaria
- Mejora de la eficiencia
- Disminución de los tiempos de espera
- Integración de los sistemas de información del SCS
- Uso racional del medicamento y productos sanitarios

Destacar los Objetivos dirigidos a conseguir la Adecuación presupuestaria:

- Desviación cero en la ejecución del presupuesto para gastos de personal
- Corrección progresiva del desfase entre gasto real y créditos definitivos del Servicio Canario de la Salud en gastos en bienes corrientes y servicios.
- Mejoras en la captación de información trascendental para la optimización de la facturación a terceros
- Grabación de pedidos asociados a acuerdos marco
- Procedimiento de adquisición centralizada o acuerdos marco de adquisición de determinados bienes y productos de naturaleza sanitaria y no sanitaria.

De forma general, se asignaron un total de 100 puntos para distribuir entre los distintos apartados y los puntos asignados a cada uno de estos 5 objetivos, se distribuyeron a su vez entre los distintos indicadores que se recogían en el documento.

La comparación del valor obtenido al final del periodo evaluado con el valor propuesto como meta permitió medir el grado de consecución de cada uno de los Objetivos.

Por último, tal y como establece el Acuerdo, la puntuación final del grado de cumplimiento global del Programa de Gestión Convenida, se obtuvo de la suma de los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos que lo integran, de acuerdo al peso que se le había asignado a cada uno de ellos.

Esta puntuación final constituye la puntuación que corresponde al 50% de los incentivos en todos los niveles asistenciales, y para todo el personal incluido en el ámbito de aplicación del programa de incentivos.

3.2. El médico especialista consultor

La figura del especialista consultor, ya recogida en el II Plan de Salud de Canarias es una de las medidas para mejorar la atención integral de los pacientes, reducir las derivaciones y aumentar la disponibilidad de consultas especializadas, además de evitar desplazamientos innecesarios a los pacientes.

El modelo de especialista consultor en su función asistencial se centra en la valoración conjunta de las historias de salud de los pacientes en los que el médico de Atención Primaria considere necesaria su intervención, bien por dudas en el diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento o bien por la necesidad de pruebas complementarias.

El especialista consultor presencial se ha empleado con buenos resultados en varias especialidades como alergia, cardiología, dermatología, digestivo, endocrinología, ginecología, nefrología, neumología, neurología, reumatología etc.

Además, para la mejora de la resolutivez en la atención de los procesos, se ha desarrollado la figura del médico especialista consultor virtual. El médico de Atención Primaria a través de la historia de salud electrónica Drago-AP hace una petición al especialista consultor quien consulta el historial y desde un punto de vista diagnóstico y terapéutico valora a cada paciente. El especialista ofrece la solución para el caso al médico de familia o solicita pruebas complementarias o cita para valoración presencial.

Los pacientes pueden ver solucionados sus problemas desde el Centro de Salud y obtienen una atención rápida e integral y logrando al mismo tiempo, reducir la espera de las consultas externas del centro hospitalario.

Permite una mejora en la atención integral de los pacientes, reduce las derivaciones y aumenta la disponibilidad de consultas especializadas, además de evitar desplazamientos innecesarios.

Además, mejora la satisfacción de los profesionales y la coordinación asistencial entre niveles.

Por ello, en los *Programas* de Gestión Convenida (PGC) dentro del Pacto de objetivos AP-AE, se ha incluido potenciar a los especialistas consultores en presencia y virtualmente para racionalizar la espera del usuario. El objetivo del Servicio es mejorar la eficiencia, agilizando la atención al paciente tanto desde la Atención Especializada como desde la Atención Primaria.

Valorando los datos, en cuanto al especialista consultor presencial el número de consultas ha ido aumentando incrementándose desde 22.775 en 2012 a 36.644 en 2013.

En cuanto al especialista consultor virtual, el disponer de este recurso contribuye a facilitar la atención integral y el número de consultas se ha ido incrementando progresivamente de forma muy notable, pasando de 14.867 en 2012 a 55.089 en 2013.

Tabla 3.1. Número de interconsultas de especialista consultor 2012-2013

Tipo de interconsulta	2012	2013	Diferencia 2013-2012
Especialista consultor presencial	22.775	36.644	+ 13.869
Especialista consultor virtual	14.867	55.089	+ 40.222

Fuente: Servicio Canario de la Salud.

Podemos estimar que han sido evitadas 91.773 consultas en atención especializada gracias a la figura del especialista consultor.

3.3. Retisalud

El programa de cribado de retinopatía diabética, Retisalud, se encuentra implantado en las 7 Áreas de Salud prestando atención a una población de 145.313 pacientes diabéticos, utilizando 43 retinógrafos no midriáticos.

Durante el año 2013, se ha realizado el cribado de Retinopatía diabética (RD) a 40.786 pacientes a través del programa Retisalud y el 11,74 % presentaba alguna patología. De éstos, sólo han tenido que desplazarse aquellos que por su patología de fondo de ojo precisara ser vistos en consulta de Oftalmología.

Durante este año se han realizado un total de 53.096 retinografías, con respecto al año 2012 se realizaron 15.481 retinografías más (37.615 en 2012) y finalizaron el circuito de cribado 12.304 pacientes más (28.752 en 2012) (tabla 3)

Puede estimarse que se han evitado 35.996 consultas presenciales en oftalmología, ya que solamente se han derivado los 4.790 pacientes con retinopatía diabética u otra patología de fondo de ojo. (2.792 pacientes con RD, 1.998 pacientes con otra patología de FO).

Tabla 3.2. Actividad Retisalud 2013, por Área de Salud

	Pacientes diabéticos a los que alcanza el Programa	Objetivo anual 50%	Pacientes cribados de Retinopatía diabética en 2013	Total de Retinografías realizadas
La Palma	5.723	2.862	1.762 (30,8%)	2.129
Tenerife	61.285	30.643	23.770 (38,8%)	29.211
La Gomera	1.293	647	228 (17,6%)	350
Fuerteventura	4.636	2.318	1.941 (41,9%)	2.244
Lanzarote	7.414	3.707	1.676 (22,6%)	2.126
El Hierro	952	476	300 (31,5%)	482
Gran Canaria	64.010	32.005	11.109 (17,3%)	16.554
Totales	145.313	72.658	40.786 (28,1%)	53.096

Fuente: Servicio Canario de la Salud.

4. Política de personal

4.1. Plan de Ordenación de Recursos Humanos en materia de jubilación

La Comunidad Autónoma de Canarias, en cumplimiento de los objetivos de estabilidad presupuestaria aprobados para el conjunto de las Comunidades Autónomas, presentó el Plan Económico-Financiero de reequilibrio 2012-2014, donde se recogieron una serie de medidas correctoras de ingresos y gastos para el período 2012-2014; entre las que se refieren a la optimización de la gestión de los recursos humanos de Sanidad, se estableció el promover las jubilaciones a los 65 años. En consecuencia, desde el SCS se promovió la publicación del Plan de Ordenación de Recursos Humanos en materia de jubilación y prolongación voluntaria de la permanencia en el servicio activo del personal funcionario y estatutario adscrito a las instituciones sanitarias integradas en el Servicio Canario de la Salud. (BOC núm. 30 de 13 de febrero de 2013).

A través de esta medida se ha pretendido dotar a las instituciones sanitarias de un instrumento que las faculte para aplicar una política de renovación y redimensionamiento de plantillas que permita conseguir una acertada adecuación de los recursos humanos a las actividades de prestación de servicios sanitarios, por medio de la incorporación progresiva y ordenada de nuevos profesionales que cubran las plazas que queden vacantes por jubilación, garantizando en todo caso la prestación de la asistencia sanitaria.

En cuanto a los datos sobre jubilaciones, en 2013 se jubilaron un total de 539 profesionales; de ellos 172 eran médicos y 367 de otras categorías. En estas jubilaciones se ha producido el reemplazo a través de nombramientos de personal estatutario temporal en interinidades, sustituciones y eventualidades. Durante el referido año se nombraron 784 interinidades, de ellas 151 correspondieron a facultativos.

Estabilización de personal estatutario de los centros sanitarios del SCS a través de la Oferta Pública de Empleo.

Como consecuencia del desarrollo de la Oferta Pública de Empleo del Servicio Canario de la Salud, actualmente en curso, aprobada por el Decreto 150/2007, de 24 de mayo, (BOC núm. 114, de 8 de junio de 2011), en cuya virtud se ofertaron 5.097 plazas, repartidas en 98 categorías, a proveer por personal sanitario y de gestión y servicios, con vínculo Estatutario Fijo. Durante el año 2013 se nombraron como personal estatutario fijo a 166 facultativos, 5 médicos de admisión y documentación clínica, 4 ingenieros industriales y 2 lavanderas.

Como es preceptivo, previo a dicha publicación, durante los años 2008 y 2009, se desarrollaron los concursos de traslados ó procesos de movilidad voluntaria de las plazas cuyas categorías estaban comprometidas en la Oferta Pública de Empleo de referencia, salvo en el caso de las categorías de Médico de Familia y Enfermero/a, que se vieron afectadas por procesos judiciales.

Tras el inicio en 2010 y de forma consecutiva en 2011, 2012 y 2013, se produjeron once convocatorias, que abarcan las plazas de 94 categorías, de las 98 a convocar, lo que

supone que desde que se publicó el Decreto de oferta, se han ido sucediendo todos los hitos que conforme a derecho se debían cumplir, sin que por ello se frenara en ningún caso la maquinaria de procesos selectivos abordables en los diferentes ejercicios.

En relación a los agentes de participación, se indica, que en la OPE de referencia se han nombrado 353 Tribunales, que multiplicados por cinco miembros, arrojan un total de: 1.765 empleados públicos (desde Jefes de Servicio hasta Auxiliares Administrativos y demás categorías sanitarias y de gestión varias), implicados en los procesos selectivos. En este sentido se señala que estos nombramientos suponen en todos los casos un compromiso y una dedicación añadida al desempeño habitual en los puestos de trabajo, todo lo cual se efectúa sin remuneración, si se realizan las asistencias en horario laboral

La gestión de las convocatorias se ha ido mejorando de forma efectiva y eficiente, incorporando el desarrollo de medios informáticos, toda vez que nos fue posible diseñar con personal propio de la administración, un programa para llevar a cabo tanto la tramitación de las solicitudes como la corrección automática de los ejercicios de la fase de oposición, con lo que se agilizó de manera importante, la resolución de los procesos derivados de las convocatorias.

Una vez resueltos en los años 2012-2013 los procesos judiciales con que se vieron afectadas las categorías de Médico de Familia y Enfermero/a, en el año 2013 se publicó la Convocatoria de Médicos de Familia (BOC el núm. 192 de 4.10. 13).

Tras este cambio de modelo, se ha reducido el coste de las convocatorias en un 278,38%.

Índice de tablas

Tabla 1.1. Expedientes de adopción de tipo de medicamentos y productos sanitarios	5
Tabla 3.1. Número de interconsultas de especialista consultor 2012-2013.	10
Tabla 3.2. Actividad Retisalud 2013, por Área de Salud	10

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AE: Atención Especializada

AP: Atención Primaria

F

FO: Fondo de ojo

H

HCE: Historia Clínica Electrónica

O

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPE: Oferta Pública de Empleo

P

PGC: Programa de Gestión Convenida

R

RD: Retinopatía Diabética

REC: Receta Electrónica Continua

RECC: Receta Electrónica Continua Canaria

S

SCS: Servicio Canario de la Salud

SEMFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

Informe anual
del Sistema Nacional
de Salud 2013
Cantabria



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	3
Resumen	4
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	5
1. Desarrollo y sistema de información	5
1.1. Gestión de pacientes	5
1.2. Estación clínica	5
1.3. Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS)	6
1.4. Visor corporativo de HCE (eVISOR)	6
1.5. Estación de Enfermería "GACELA CARE"	6
1.6. Telemedicina	7
1.7. Reconocimiento de voz	7
1.8. Sistemas de información	7
1.9. Farmacia	7
1.10. Nueva WEB del SCS	7
1.11. Nueva Web Gerencia Atención Especializada de las Áreas de Salud II, y III y IV	8
1.12. Tarjetas	8
1.13. Biblioteca	8
1.14. Exploración y análisis de sistemas de información	8
2. Calidad asistencial y seguridad del paciente	8
2.1. Proyectos alineados con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	8
2.2. Proyectos propios del Servicio Cántabro de Salud	9
3. Área asistencial	10
4. Área recursos humanos (RR.HH.)	11
4.1. Negociación colectiva	11
4.2. Ofertas públicas de empleo	12

4.3.	Categorías creadas y puestos	13
4.4.	Integraciones	13
5.	Área gestión económica	13
6.	Docencia y formación continuada	14
7.	Investigación	14
	Índice de tablas.....	17
	Índice de gráficos	18
	Abreviaturas, acrónimos y siglas	19

Demografía y entorno económico

	Cantabria	España	Fuente
Población	588.538	46.593.236	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	48,9	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	51,1	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	13,6	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	66,8	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	19,6	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	8,2	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	8,3 (*)	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

El anexo de Cantabria correspondiente al Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2013 se ha estructurado, fundamentalmente, en torno a dos niveles: uno estratégico, correspondiente a la elaboración y finalización durante el 2013, del Plan de Salud de Cantabria 2014-2019, en el que partiendo de un diagnóstico de la situación de salud de la Comunidad, se identifican ocho líneas estratégicas de actuación, para cada una de las cuales se especifican metas, objetivos y responsables, y siempre dentro del ámbito objeto del Informe Anual. Se facilita el acceso a todo el documento y sus anexos a través de Internet.

En un segundo nivel, y en el ámbito operativo, se relacionan de forma esquemática, las principales medidas llevadas a cabo, durante el citado año, por el Servicio Cántabro de Salud, en materia de sostenibilidad y calidad asistencial, clasificadas en siete áreas de actividad (Desarrollo y Sistemas de Información, Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente, Área Asistencial, Área de Recursos Humanos, Área de Gestión Económica, Docencia y Formación Continuada, e Investigación).

Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013

En el ámbito estratégico y con carácter general, señalar que la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, durante el año 2013 ha concluido los trabajos de elaboración del nuevo Plan de Salud de Cantabria 2014-2019, directamente enfocado a la mejora de la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad del Sistema Regional de Salud, habiendo contado para su elaboración con la participación de doscientos cuarenta y tres profesionales. El documento se estructura en dos apartados, el correspondiente al diagnóstico de salud y el correspondiente a las ocho líneas estratégicas identificadas, en cada una de las que se definen responsables, metas, objetivos y actuaciones.

El documento puede consultarse vía Internet. Ver página web: <http://www.saludcantabria.es/index.php?page=PlanSalud2014-2019>

En cuanto a medidas concretas llevadas a cabo en materia de sostenibilidad y calidad asistencial por el Servicio Cántabro de Salud, el presente informe se estructura en siete apartados, dentro de los cuales se exponen las actuaciones con carácter esquemático:

1. Desarrollo y sistema de información

1.1. Gestión de pacientes

- Cierre del proceso de puesta en marcha del Fichero Maestro de Pacientes, único para todos los hospitales del Servicio Cántabro de Salud (SCS).
- Implantación del Programa de Archivo único en los tres hospitales del SCS.
- Codificación de Pruebas Diagnósticas Ambulatorias por SNOMED.
- Preparación del Programa de Gestión de Pacientes Ambulatorios "TICARES", para convertirlo en multicéntrico.
- Adaptación de los Sistemas de Información Hospitalaria a los programas de Prescripción Electrónica Asistida, Gacela y Altamira Clínica.
- Nuevos desarrollos en el programa quirúrgico SIPQUIR (gestión de espera quirúrgica, preoperatorios, intervenciones y registro quirúrgico incluido en el check-list).
- Cruce del Sistema de Información Hospitalario Multicéntrico (SIHM) con el fichero del Instituto Cántabro de Servicios Sociales.
- Adquisición del nuevo Sistema de Gestión del 061 "SIUCA".

1.2. Estación clínica

- Adquisición de la nueva Estación Clínica "Altamira Clínica" para todos los hospitales del SCS.
- Integración de la Estación Clínica con el SIHM. Migración de información clínica a un Repositorio Central de Datos.

- Elaboración de las Guías de Mensajería HL7 para el Gestor de Peticiones “Altamira Gestor de Peticiones”
- Codificación de las pruebas de todos los Laboratorios del SCS con LOINC.
- Preparación de un Gestor de Peticiones Clínicas.
- Elección de un sistema de Triage para Urgencias.
- Elaboración de los formularios de Neumología en Altamira Clínica
- Definición de la adaptación del actual Puesto Clínico de Urgencias de Valdecilla a Altamira Clínica.
- Estudio de la migración de la actual aplicación OMI-AP a una versión actualizada (ALTAMIRA-AP).
- Diseño de un Registro Centralizado de Alertas/Alergias basado en la terminología SNOMED.
- Diseño del proceso de escanear las actuales 750.000 historias clínicas de los hospitales, que ahora mismo están en papel.
- Estudio de la puesta en marcha de la Historia Clínica Embarcada para el 061 (proyecto HICEUS).
- Diseño del Módulo de Interconsultas entre Primaria-Especializada y entre hospitales.
- Recepción de informes de Atención Especializada en la Estación Clínica de Atención Primaria.

1.3. Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS)

- Conexión como Emisores con Historia Clínica Resumida.
- Conexión como Receptores de HCDSNS.
- Puesta en marcha de Certificados Digitales en Red para empleados públicos.

1.4. Visor corporativo de HCE (eVISOR)

- Incorporación de nuevas funcionalidades al eVISOR: integración de ECG en imagen digital, etc.
- Facilitación de accesos al eVISOR al Sector Socio-sanitario.
- Preparación del sistema para recibir mamografías e informes de Programa de screening del cáncer de mama.

1.5. Estación de Enfermería “GACELA CARE”

- Implantación del Programa de Enfermería Gacela Care en Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, cerrando así su implantación en todos los hospitales del SCS.
- Definición de Indicadores de Enfermería.
- Preparación de la Gráfica para incorporación en el eVISOR.

1.6. Telemedicina

- Puesta en marcha de Tele-psiquiatría entre Atención Primaria y el Hospital Sierrallana.
- Preparación de Tele-radiología entre el Centro Penitenciario El Dueso y Radiología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

1.7. Reconocimiento de voz

- Finalización del “Reconocimiento Automático de Voz” en los Servicios de Radiología en todos los hospitales del SCS.
- Evaluación de productos para la Adquisición de Licencias Corporativas para todos los profesionales del SCS que utilicen Historia Clínica Electrónica.

1.8. Sistemas de información

- Puesta en marcha del Sistema de Información Primaria-Especializada, de Benchmarking y Estratificación de la Población (IAMETRICS).
- Desarrollo y puesta en marcha del Sistema de Información de Radiología.
- Desarrollo del Sistema de Información de CMBD y GRD´s: “CLARA”.
- Desarrollo del Sistema de Información de Partos.
- Mejora del Sistema de Información de Listas de Espera y Pruebas de Consultas (Soluzion) mediante nuevos desarrollos y por la utilización de Snomed.
- Preparación del concurso para la Adquisición de un Programa Centralizado (tecnología web) de Contabilidad Analítica para el SCS.
- Elección de un “Sistema de Codificación Semiautomática de Diagnósticos y Procedimientos” para Urgencias y Consultas Externas de los Hospitales.

1.9. Farmacia

- Extensión de la Prescripción Electrónica Asistida (PEA) a Hospital Sierrallana.
- Desarrollo del Programa de Receta Electrónica para la extensión a todos los hospitales del SCS.
- Implantación de Programa de Prescripción Electrónica de Terapias Respiratorias Domiciliarias, con desarrollo de un sistema de información corporativo (SIGETRES).

1.10. Nueva WEB del SCS

- Creación de la “Carpeta del Ciudadano” con acceso a HCDSNS, Tarjeta Sanitaria, Listas de Espera, Cita Previa, etc.
- Creación de la “Carpeta del Profesional” con acceso al Área Privada, Formación, Declaración de Intereses, y otros nuevos servicios.
- Creación de la “Carpeta Centros y Servicios del SCS”, con un Localizador de Centros y múltiples Servicios.

- Creación de la “Carpeta Entidades y Empresas” con un resumen de todo lo publicado en materia sanitaria en el Boletín Oficial de Cantabria y todas las aplicaciones que relacionan las empresas de apoyo y suministradoras con el SCS.
- Ver web <http://www.scsalud.es/>

1.11. Nueva Web Gerencia Atención Especializada de las Áreas de Salud II, y III y IV

- Ver web <http://www.scsalud.es/web/scs/hospital-de-sierrallana>
- Ver web <http://www.scsalud.es/web/scs/hospital-de-laredo>

1.12. Tarjetas

- Emisión de la Tarjeta Inteligente a todos los profesionales del SCS.
- Comienzo del proceso de sustitución de la Tarjeta de Usuarios del SCS por una nueva con código SNS.

1.13. Biblioteca

- Mejora continua de la página web de la Biblioteca Marquesa de Pelayo.
- Preparación de clave única para accesos a la aplicación y acceso remoto a UpToDate desde fuera del SCS.

1.14. Exploración y análisis de sistemas de información

- Trece Cuadros de Mando, de enero a diciembre y cierre de 2012, y quince especiales.

2. Calidad asistencial y seguridad del paciente

2.1. Proyectos alineados con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

- Implantación de proyectos de la Red de la Unión Europea para la seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial (PaSQ).
- Implementación y evaluación de un Sistema de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos (SiNASP).
- Representación en el Consejo Ejecutivo de GuíaSalud-Bibliotecas de Guías de Práctica Clínica del SNS.
- Fomento de la Higiene de Manos entre los profesionales del SCS.
- Prevención de Bacteriemias relacionadas con Catéteres Venosos Centrales en las Unidades de Cuidados Intensivos.
- Prevención de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica.

- Formación de Profesionales en materia de Seguridad del Paciente organizado por el MSSSI.
- Evaluación continua de Indicadores de Calidad.

2.2. Proyectos propios del Servicio Cántabro de Salud

- Obtención del Sello de Calidad Ad Qualitatem, con Acreditación Óptima, según Modelo Europeo de Excelencia y Calidad EFQM, que evalúa tanto los servicios asistenciales como los no asistenciales, por el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Superación de Auditorias Anuales de Certificación, según Norma UNE-EN-ISO 9001:2008, para los procesos Anatomía Patológica, Laboratorio de Microbiología, Laboratorio de Hemoterapia (que también tiene certificación de la Fundación CAT, organismo de certificación de la calidad en Transfusión, Terapia Celular y Tisular), Esterilización, y Trasplante Cardíaco, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Obtención de Certificación, según Norma UNE-EN-ISO 9001:2008, para el proceso de Esterilización, en los tres hospitales del SCS.
- Comienzo del proceso para la acreditación de la Sección de Transfusión del Servicio de Hematología del Hospital Sierrallana, y del Banco de Sangre del Hospital de Laredo, según estándares correspondientes.
- Obtención de Acreditaciones según normas de calidad de sociedades científicas en Trasplante Hematopoyético (Acreditación por el Joint Accreditation Committee ISCT-EMBT), y Laboratorio de Histocompatibilidad e Inmunogenética (Acreditado por la European Federation for Immunogenetics), en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Certificación Unidad de Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria por la Norma ISO 9001:2008, en el Hospital Sierrallana.
- Acreditación estándares OHSAS 18001 (Occupational Health and Safety Assessment Series). En el Hospital Sierrallana.
- Implantación de las guías clínicas de abordaje diagnóstico terapéutico del cáncer de pene, cáncer renal, carcinoma de vejiga no musculoso infiltrante, cáncer de próstata localizado, tumores de urotelio superior, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Implantación de guías de ejercicios de rehabilitación específicos para pacientes de patología ortopédica, previa intervención quirúrgica, en Hospital Comarcal de Laredo.
- Programa de implantación de Buenas Prácticas en Centros comprometidos con la Excelencia en Cuidados, en el Hospital Sierrallana.
- Validación de la base de conocimiento del Sistema de Información para Enfermería Gacela Care.
- Encuesta de Satisfacción a usuarios de Hospitalización a Domicilio.
- Encuesta de Satisfacción a Pacientes Hospitalizados en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

- Encuesta de Clima Laboral a los profesionales del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
- Elaboración de nueva Guía de Acogida a los Usuarios de los Hospitales del SCS.
- Estratificación de la población afectada por Patologías Crónicas.
- Las tres Gerencias de Atención Especializada de Salud y la Gerencia de Atención Primaria de Salud/061 del SCS tienen múltiples Comisiones Clínicas y/o Grupos de Mejora en el ámbito de la Calidad y Seguridad del Paciente, con importante producción de documentos de mejora y actuaciones desarrolladas durante el año 2013.

3. Área asistencial

- Elaboración de Proyecto de Gestión por Procesos en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, identificando y priorizando procesos estratégicos, asistenciales y de apoyo.
- Revisión y actualización del procedimiento de prevención de la enfermedad tromboembólica, en Hospital Sierrallana.
- Revisión y normalización del procedimiento de identificación inequívoca de pacientes, peticiones, volantes y muestras.
- Implantación de consultas especializadas de reumatología, rehabilitación y dolor, en el Centro de Salud de Liébana, desde el Hospital Sierrallana.
- Coordinación entre Gerencias de Atención Especializada y Gerencia de Atención Primaria para la vigilancia y control de organismos multirresistentes.
- Elaboración del Plan de coordinación del traslado de pacientes entre el Hospital Sierrallana y Tres Mares.
- Determinación del mapa de competencias del puesto de Supervisor de Unidad Clínica, en el Hospital Sierrallana.
- Normalización de criterios de Visados de Medicamentos, informatización de fichas y plantillas y sistema de ayuda a la prescripción.
- Pilotaje de la Consulta Enfermera de Alta Resolución en Atención Primaria de Salud (APS), Área de Salud de Torrelavega.
- Pilotaje del Servicio de Fisioterapia para la Rehabilitación del Suelo Pélvico, en APS, Área de Salud de Torrelavega.
- Implantación de la Podología en APS.
- Implantación de la metodología enfermera en la práctica asistencial en APS, y desarrollo de planes de cuidados.
- Implantación de la Ruta EPOC en APS.
- Extensión a todos los Centros de Salud de la Unidad Músculo Esquelético.
- Desarrollo de las consultas de Telemedicina (Tele dermatología, Telepsiquiatría, Consulta virtual en Hematología, Teledigestivo), en el Área de Salud de Torrelavega.

- Implantación de un nuevo modelo de Abordaje a la Cronicidad en APS, en las Zonas Básicas de Salud de Alto Asón y de Nansa.
- Puesta en marcha de la Comisión de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, en APS.
- Implantación de Equipos Multidisciplinares de Valoración de la Dependencia en APS.
- Implantación de una nueva Plataforma Informática para la Actividad del Centro de Coordinación de Urgencias 061 (SIUCA).
- Dotación de un Sistema de Comunicación alternativo para las ambulancias de transporte sanitario urgente.
- Implantación del Programa de Asistencia al Síndrome Coronario Agudo "ACTUA", en APS.
- Monitorización de resultados de la puesta en marcha del Programa de Donante en Asistolia "Código 9" y del protocolo de actuación en "Código Ictus".
- Implementación de la Guía de actuación de los servicios de urgencia ante presencia de indicadores sociales de riesgo para la salud.
- Renovación tecnológica y funcional del Sistema de Urgencias y Emergencias 061.
- Desarrollo de un sistema de registro y petición individualizada por paciente de las necesidades de dietoterápicos, absorbentes de incontinencia y tiras de glucosa en los Centros Socio-sanitarios.
- Informatización en APS de todo el proceso de gestión de reclamaciones, quejas y sugerencias por parte de los usuarios del Sistema.
- Análisis trimestrales e informe del Programa de Atención al Paciente Anciano Crónico Polimedicado, en la Gerencia de Atención Primaria de Salud.
- Normalización del catálogo de productos fungibles de la Gerencia de Atención Especializada de las Áreas de Salud III y IV.

4. Área recursos humanos (RR.HH.)

4.1. Negociación colectiva

- Acuerdos negociados en la Mesa Sectorial de Personal de Instituciones Sanitarias de Cantabria:
 - Acuerdo por el que se flexibiliza el régimen de vacaciones del personal de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud durante el 2013 (BOC 26.04.2013).
 - Acuerdo por el que se fijan las condiciones del personal dependiente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla que se encuentra adscrito a las unidades funcionales en las que se prestan los servicios no clínicos objeto del "contrato de colaboración entre el sector público y el sector privado para la realización de una actuación global e integrada en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla" (BOC extraordinario 05.09.2013).

- Otras normas negociadas y publicadas en 2013:
 - Orden SAN/40/2012, de 28 de diciembre, por la que se modifica la Jornada Efectiva del Personal al Servicio de las Instituciones Sanitarias dependientes del Servicio Cántabro de Salud. (BOC 14.01.2013).
 - Orden SAN/7/2013, de 7 de febrero, por la que se modifica el ámbito territorial de actuación de los Coordinadores de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud. (BOC 18.02.2013).
 - Orden SAN/19/2013, de 26 de septiembre, por la que se suprimen las categorías estatutarias de Lavandera y Planchadora en el SCS (BOC 07.10.2013).
 - Orden SAN/25/2013, de 30 de diciembre, por la que se aprueba la convocatoria para la integración voluntaria en la condición de personal estatutario del Servicio Cántabro de Salud, de los funcionarios de carrera del Cuerpo Facultativo Superior, especialidad Médico Titular de Atención Primaria, del Cuerpo de Diplomados y Técnicos Medios, especialidades ATS/DUE Titular de Atención Primaria y Matrona Titular de Atención Primaria de la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria. (BOC extraordinario 31.12.2013) (Correcciones de errores 22.01.2014, 29.01.2014 y 03.02.2014).
 - Decreto 85/2013, de 26 de diciembre, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público de Personal Estatutario de Instituciones Sanitarias para el año 2013. (BOC extraordinario 31.12.2013).
 - Orden SAN/24/2013, de 26 de diciembre, por la que se crean las categorías de Facultativo Especialista de Área de Psicología clínica y de Psicólogo Clínico de Atención Primaria (BOC extraordinario 31.12.2013) (Corrección de errores BOC 21.03.2014).
 - Orden SAN/23/2013, de 26 de diciembre, por la que se crea el puesto de Médico de Atención a la Drogodependencia del Servicio Cántabro de Salud. (BOC extraordinario 31.12.2013).

4.2. Ofertas públicas de empleo

- Actuaciones que concluyen procesos selectivos correspondientes a la OPE 2007: Nombramiento como personal estatutario fijo y asignación de plaza ofertada en las categorías de: grupo auxiliar de la función administrativa (1 plazas), ATS (22 plazas), Calefactor (12 plazas), Auxiliar de enfermería (163 plazas), Celador (162 plazas), Grupo administrativo de la función administrativa (1 plaza).
- Actuaciones de procesos selectivos correspondientes a la OPE 2011: Resultados definitivos de la fase de oposición de Trabajador social, y de la de Fisioterapeutas.

Ofertas publicadas:

- Decreto 85/2013, de 26 de diciembre, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público de Personal Estatutario de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria para el año 2013. BOC 31 diciembre 2013: Número de plazas: 13: Facultativo especialista de área de nefrología: 2; Técnico especialista en medicina nuclear: 4; Higienista dental: 2; Técnico de prevención de riesgos

laborales, nivel superior: 3; Técnico de prevención de riesgos laborales, nivel intermedio: 2.

4.3. Categorías creadas y puestos

- Orden SAN/24/2013, de 26 de diciembre, por la que se crean las categorías de Facultativo Especialista de Área de Psicología Clínica y de Psicólogo Clínico de Atención Primaria. BOC 31 diciembre 2013.
- Orden SAN/23/2013, de 26 de diciembre, por la que se crea el puesto de Médico de Atención a la Drogodependencia del Servicio Cántabro de Salud.

4.4. Integraciones

- Como consecuencia del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS, y de lo dispuesto en la Ley de Cantabria 10/2013, de 27 de diciembre, el personal sanitario afectado por la supresión del sistema de cupo y zona, integrado en el modelo asistencial vigente de Atención Primaria o Atención Especializada, con efectos de 1 de enero de 2014, fue el siguiente:
 - Personal estatutario facultativo de cupo de atención especializada: 7
 - Personal estatutario de cupo y zona de atención primaria: 5
 - Personal funcionario de carrera Titulares de Atención Primaria, del sistema de cupo y zona (antiguos APD): 15

Además al personal funcionario de Atención Primaria, APD, se le ofertó la posibilidad de integrarse en el régimen estatutario del personal de Instituciones Sanitarias de Cantabria.

- Se procedió a negociar y gestionar la integración en el Servicio Cántabro de Salud y en el régimen estatutario, mediante Decretos de integración 89/2013 y Decreto 90/2013, de 26 de diciembre, del siguiente personal funcionario y laboral de la Administración General:
 - Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas: 91 (personal sanitario: 69, personal de Gestión y servicios: 22).
 - Centro de Salud Buco-dental: 21 (personal sanitario: 17, personal de Gestión y servicios: 4).
 - Unidades de Atención Ambulatoria de Drogodependencias: 23 (personal sanitario: 16, personal de Gestión y servicios: 7).

5. Área gestión económica

- Desarrollo del Programa para el Control del Gasto Farmacéutico “e-PHARCAN”.
- Desarrollo de los procedimientos de compra centralizada para todos los centros dependientes del SCS.
- Diseño de contabilidad analítica en la Gerencia de Atención Primaria de Salud.

- Adhesión del SCS a los Acuerdos Marco convocados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través del INGESA, para la adquisición de medicamentos y material sanitario.
- Participación del SCS con el Gobierno de Cantabria en los Acuerdos Marco para la contratación de determinados servicios generales.

6. Docencia y formación continuada

Actividades formativas en el Servicio Cántabro de Salud (SCS) y Hospital Virtual Valdecilla (HvV).

Tabla 6.1. Tipo y número de actividades formativas durante el año 2013

Nº Actividades	Gestión y Organización	Clínico Asistencial	Calidad y Seguridad	Investigación Docencia	SCS	HvV	Total
	21	32	18	2	73	42	115
Tipo Actividad	Presencial	Semi presencial	Online	Simulación Clínica			
	22	29	22	42			

Fuente: Subdirección de Desarrollo y Calidad de la Gerencia del Servicio Cántabro de Salud.

Tabla 6.2. Número de alumnos

Inscritos	Admitidos	Aprobados	Suspensos/N.P.	Sexo	Nº Admitidos
Total 15.599	9.653	8.551	1.102	Hombres	1.242
HvV 313	313	313		Mujeres	4.987

Fuente: Subdirección de Desarrollo y Calidad de la Gerencia del Servicio Cántabro de Salud.

En el año 2013 las tres Gerencias de Atención Especializada de Salud y la Gerencia de Atención Primaria de Salud/061 del SCS tienen, además, individualizadas acciones y cursos de formación y de formación continua específicos por Gerencia, todos ellos perfectamente encuadrables en la mejora de la calidad del Sistema, y buena parte, así mismo, en la sostenibilidad del mismo, cuya enumeración, entendemos, excede el propósito del Informe.

7. Investigación

En el año 2013 se constituyó el Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL) como Fundación-Instituto dirigida a la promoción de la investigación de excelencia en Cantabria. El IDIVAL, heredero del Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla, está estrechamente ligado al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, con una

gran producción científica agrupada en un corto número de líneas prioritarias, desarrollada de común acuerdo con la Universidad de Cantabria y el Instituto de Investigación Biomédica creado por el CSIC (IBBTEC).

Ver web <http://www.idival.org/Es/Noticias/Documents/Memoria%20IDIVAL%202013.pdf>

En el año 2013, IDIVAL ha contado con 28 grupos de investigación, constituidos por 477 miembros, de los cuales 59 actúan como investigadores principales. Han producido 385 trabajos indexados, con un factor de impacto acumulado de 1.788 (SCI 2012).

Los investigadores del IDIVAL han obtenido en los últimos cinco años 81 proyectos competitivos del Plan Nacional I+D+i. A lo largo del 2013, se han mantenido 35 proyectos activos del Plan Nacional I+D+i y 13 proyectos de origen privado. Igualmente, se tuvieron un total de 154 ensayos activos, autorizándose en 2013 un total de 70 ensayos.

El IDIVAL participa en cuatro CIBER y en seis RETICS.

Gráfico 7.1. Líneas prioritarias y grupos de investigación del Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL)



Fuente: Servicio Cántabro de Salud. Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL).

El Boletín Oficial de Cantabria de 13 de junio de 2013 (Ver web <http://boc.cantabria.es/boces/verAnuncioAction.do?idAnuBlob=249699>), publicó la convocatoria para la constitución de Grupos de Investigación del Observatorio de Salud Pública de Cantabria. En agosto de 2013 se emitió la Resolución del Gerente de la Fundación Marqués de Valdecilla por la que se acordaba la constitución de grupos de investigación adscritos al Observatorio de Salud Pública de Cantabria, vista la propuesta de la Comisión de Evaluación encargada de valorar el correspondiente proceso de selección. Los grupos de investigación constituidos son:

- Planificación, Evaluación y Calidad sanitaria.
- Neurotrauma-quirúrgico: análisis de procesos.
- Factores Ambientales y Salud Infanto-juvenil.
- Derechos sanitarios y Bioética.
- Medicina Preventiva, Salud Pública y Laboral.
- Determinantes de la salud en Atención Primaria.
- Epidemiología, Salud Pública y Urgencias.

Índice de tablas

Tabla 6.1. Tipo y número de actividades formativas durante el año 2013	14
Tabla 6.2. Número de alumnos.....	14

Índice de gráficos

Gráfico 7.1. Líneas prioritarias y grupos de investigación del Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL)	15
--	----

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

ACTUA: Actuación en Cantabria Urgente en el Infarto

APD: Asistencia Pública Domiciliaria.

APS: Atención Primaria de Salud.

ATS/DUE: Asistente Técnico Sanitario/Diplomado Universitario de Enfermería.

B

BOC: Boletín Oficial de Cantabria.

C

CIBER: Centro de Investigación Biomédica en Red.

CSIC: Centro Superior de Investigaciones Científicas.

E

ECG: Electrocardiograma

EFQM: Fundación Europea para la Gestión de la Calidad.

ePHARCAN: Programa informático para control del gasto farmacéutico.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

eVISOR: Visor corporativo de HCE.

G

GACELA CARE: Estación Clínica de Enfermería.

H

HCDSNS: Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud.

HCE: Historia Clínica Electrónica.

HICEUS: Historia Clínica Embarcada de Urgencias Sanitarias.

I

IBBTEC: Instituto de Biomedicina y Biotecnología de Cantabria.

IDIVAL: Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla.

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

L

LOINC: Logical Observation Identifiers Names and Codes.

M

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

O

OHSAS: Occupational Health and Safety Assessment Series.

P

PaSQ: Patient Safety and Quality of Care.

PEA: Prescripción Electrónica Asistida.

R

RETICs: Redes Temáticas de Investigación Corporativa en Salud.

S

SCS: Servicio Cántabro de Salud.

SIGETRES: Sistema para la Gestión de Terapias Respiratorias.

SiNASP: Sistema de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos.

SNOMED: Systematized Nomenclature of Medicine.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SIHM: Sistema de Información Hospitalario Multicéntrico.

SIPQUIR: Sistema de Información de Procesos Quirúrgicos.

SIUCA: Sistema Integrado y Universal de Comunicación Accesible.

SOLUZIONA: Registro centralizado de Pacientes en Lista de Espera.

T

TICARES: Programa informático gestor de consultas externas.

Informe anual
del Sistema Nacional
de Salud 2013
Castilla y León



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	2
Resumen	3
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013.....	4
1. Introducción: El reto de la sostenibilidad, calidad y eficiencia en Castilla y León	4
2. El compromiso con la sanidad pública en Castilla y León.....	6
3. Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León.....	6
4. Coordinación sociosanitaria.....	9
5. Plan en gestión de la calidad y seguridad del paciente.....	10
6. Estrategia regional de salud pública 2013-2015.....	12
7. Aula de pacientes	13
Índice de tablas.....	15
Índice de figuras	16
Abreviaturas, acrónimos y siglas	17
Bibliografía	18

Demografía y entorno económico

	Castilla y León	España	Fuente
Población	2.506.320	46.593.236	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	49,5	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	50,5	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	12,2	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	64,4	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	23,5	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	7,1	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	6,4	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

Para afrontar los retos de mejora de la calidad, efectividad, eficiencia y sostenibilidad, la prestación de los servicios sanitarios en Castilla y León tiene requerimientos adicionales motivados por factores como la dispersión y el envejecimiento poblacional.

Durante el año 2013, dentro de un contexto de crisis que ha requerido de nuevas medidas para la sostenibilidad de los servicios esenciales, la Junta de Castilla y León y los profesionales del sistema de salud han renovado de forma explícita su compromiso con un *modelo de gestión, provisión y financiación pública de la asistencia sanitaria*, universal y gratuita.

Los nuevos retos requieren de nuevos modelos de respuesta. *La Estrategia de Atención al Paciente Crónico de Castilla y León*, pretende mejorar los resultados en salud y en calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas a través de una atención integral de calidad, ajustada al nivel de necesidades de cuidados. La *coordinación sociosanitaria* constituye un elemento clave en el despliegue de este nuevo modelo, dentro de un entorno de sostenibilidad.

El *Plan en gestión de la calidad y seguridad del paciente* constituye una estrategia dirigida a la mejora en la gestión de la calidad, a través de medidas de gestión de procesos y análisis de los resultados del sistema de salud; y a aumentar la seguridad de los pacientes, impulsando diversas actuaciones dirigidas a minimizar riesgos y complicaciones.

La *Estrategia Regional de Salud Pública 2013-2015* pretende reforzar el papel de los dispositivos y programas de salud pública en la mejora de los niveles de salud de la población, contribuyendo de esta forma a la sostenibilidad del sistema sanitario. La capacitación de las personas para la toma de decisiones en lo que concierne a su salud, a través de iniciativas como el *Aula de Pacientes*, es un paso fundamental en la consecución de este objetivo.

1. Introducción: El reto de la sostenibilidad, calidad y eficiencia en Castilla y León

Las características sociodemográficas de Castilla y León elevan algunos de los requerimientos de respuesta del sistema de salud ante los retos de la efectividad, eficiencia, calidad y sostenibilidad.

Castilla y León es la *Comunidad Autónoma más extensa de España* (94.222 km²), y sus nueve provincias ocupan cerca del 20% del territorio de todo el país. En Castilla y León se encuentran ubicados 2.248 municipios, más de la cuarta parte de todos los municipios de España.

En cambio, los 2,5 millones de habitantes de Castilla y León representan poco más del 5% de la población española, lo que supone una baja densidad de población de 26,7 habitantes por km². De este modo, casi un 95% de los municipios castellanos y leoneses cuenta con menos de 2.000 habitantes, y cerca del 30% tiene menos de 100 habitantes. Expresado de otro modo, del total de población que reside en municipios de menos de 100 habitantes en toda de España, más de la mitad son castellanos y leoneses.

En cuanto a la pirámide poblacional, las personas con edad igual o superior a 65 años suponen el 23,3% de la población de Castilla y León, el *mayor porcentaje de personas mayores de todas las Comunidades Autónomas*. Lo mismo sucede con la población a partir de 85 años, que en Castilla y León suma el 4,3% del total, porcentaje que supera claramente el de la siguiente Comunidad Autónoma 3,8% y el promedio de España de 2,5%.

Tabla 1.1. Principales indicadores sociodemográficos de Castilla y León, año 2013.

Indicador	Castilla y León
Población (nº habitantes)	2.519.875
Densidad de población (nº habitantes / Km ²)	26,7
Nº de municipios	2.248
Municipios ≤ 2.000 habitantes (%)	94,1
Municipios ≤ 100 habitantes (%)	27,9
Población ≥ 65 años / Total (%)	23,3
Población ≥ 85 años / Total (%)	4,3
Índice envejecimiento: ≥65 años/≤15 años (%)	178,0
Tasa de dependencia vejez: ≥65 años / 16-64 años (%)	36,4
Esperanza de vida al nacimiento ¹ (años)	83,2
Saldo vegetativo (‰ habitantes)	-3,8

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE). Cifras de población a 1 de enero de 2013. Resultados definitivos. Elaboración propia. ¹ Año 2012 (último dato disponible).

Así pues, Castilla y León es la *Comunidad Autónoma con la población más dispersa y envejecida*. Este hecho ha condicionado las políticas de accesibilidad del sistema de salud a la población, a través de una decidida apuesta por el modelo de atención primaria. Es la *Comunidad Autónoma que mayor proporción de su gasto sanitario destina a la atención primaria*; concretamente, el 17,8 % de los recursos de la Gerencia Regional de Salud, cuando la media de las Comunidades españolas es del 13,8 %. Existen 3.652 consultorios locales en la Comunidad Autónoma, el 36% del total nacional, y 246 centros de salud. Además, se obtienen las *mejores ratios de profesionales sanitarios, tanto de medicina de familia como de enfermería, por cada 1.000 tarjetas sanitarias*. De este modo, mientras la media española supone que cada médico de familia tenga asignados 1.372 habitantes a su cargo, en Castilla y León la asignación media es de 927.

El peso relativo de la atención primaria no impide que, también *en el ámbito de la atención especializada*, las ratios de profesionales sanitarios por 1.000 habitantes en Castilla y León sean superiores a la media del Sistema Nacional de Salud, tanto en medicina como en enfermería: 2,2 médicos y 3,1 profesionales de enfermería por cada 1.000 habitantes. La atención en este nivel se presta en 16 complejos hospitalarios, integrados a su vez por los distintos centros hospitalarios y centros de especialidades que abarcan un territorio estructurado en 11 áreas de salud.

Tabla 1.2. Indicadores de recursos y actividad del Sistema de Salud de Castilla y León, año 2013

Indicador	Castilla y León
Nº tarjetas sanitarias	2.418.298
Recursos humanos	36.309
Áreas de salud	11
Complejos hospitalarios / hospitales	16
Nº camas instaladas	7.295
Nº quirófanos	173
Nº ingresos hospitalarios	244.425
Nº estancias hospitalarias	1.752.018
Nº intervenciones quirúrgicas	265.071
Nº urgencias atención especializada	945.601
Zonas básicas de salud	249
Centros de salud	246
Nº consultas atención primaria (ordinarias)	29.502.282
Nº consultas atención primaria (urgentes)	1.973.337

Observaciones: En Castilla y León existen 16 hospitales / complejos asistenciales públicos, de los cuales 14 dependen de la Gerencia Regional de Salud y 2 de otras Administraciones Públicas: local y de Gerencia de Servicios Sociales.

Fuente: Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Año 2013. Elaboración propia.

2. El compromiso con la sanidad pública en Castilla y León

La situación de crisis económica que venimos padeciendo desde hace algunos años ha obligado a afrontar una serie de reformas estructurales del Sistema Nacional de Salud para garantizar su sostenibilidad. Entre ellas, destacan las actuaciones derivadas del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, al introducir aspectos tan relevantes como el cambio en la cobertura del sistema, vinculando la garantía de asistencia al reconocimiento de la condición de asegurado, o la modificación en el sistema de aportación por parte de los usuarios para la prestación farmacéutica.

Sin perjuicio de que estas y otras medidas hayan podido generar en ocasiones un cierto clima de incertidumbre, malestar y protesta, en Castilla y León se ha entendido también *la oportunidad de que las actuaciones dirigidas a la sostenibilidad permitan refrendar la apuesta por el actual modelo de sanidad pública, financiada con presupuestos públicos y con gestión pública de los recursos sanitarios.*

Ello se ha plasmado en la firma de un documento impulsado por la Consejería de Sanidad y *rubricado por un total de 60 sociedades y asociaciones científicas, colegios profesionales y organizaciones sindicales* en fecha 19 de febrero de 2013. En él, se hace explícito un pronunciamiento sobre la necesidad de mantener nuestro modelo sanitario y, de esta forma, trasladar a los profesionales del sector y a los ciudadanos certidumbre sobre la estabilidad de la sanidad pública en Castilla y León.

El compromiso con la sanidad pública de Castilla y León, se dirige finalmente a la consecución compartida de tres grandes objetivos:

1. Mantener nuestro modelo de sanidad pública, universal y gratuita, de provisión y financiación pública y con gestión pública de la asistencia sanitaria y de los servicios que se prestan en los centros sanitarios.
2. Mejorar nuestro sistema de salud con medidas que promuevan una mayor participación de los profesionales de la sanidad afianzando las condiciones en las que realizan su actividad, que mejoren la eficiencia y contribuyan a garantizar su sostenibilidad futura.
3. A través del diálogo, el consenso y mediante la formalización de acuerdos, posibilitar los cambios que ayuden a consolidar y hacer sostenible nuestro Servicio Público de Salud.

3. Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León

Mediante Acuerdo 1/2013, de 10 de enero, de la Junta de Castilla y León, se aprobó la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. El objetivo general de esta estrategia es “mejorar los resultados en salud y en calidad de vida de las personas con

enfermedades crónicas a través de una atención integral de calidad, ajustada al nivel de necesidades de cuidados y en coordinación con los servicios sociales, en un entorno de sostenibilidad". La estrategia constituye una apuesta por garantizar cada vez mejor los derechos de los pacientes crónicos, su accesibilidad al sistema público de salud y la equidad dentro de este.

Figura 3.1. Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León



Fuente: Estrategia de atención al paciente crónico de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.

De acuerdo con diferentes estimaciones, la atención a la cronicidad supone más del 70% de la actividad sanitaria y casi el 80% del consumo de recursos del sistema de salud. Los pacientes crónicos generan aproximadamente un 80% de las consultas totales, 60% de las consultas de atención primaria, 60% de los ingresos hospitalarios y 33% de las visitas a los servicios de urgencias hospitalarias.

Sin embargo, la organización de la mayor parte de los sistemas de atención sanitaria se ha venido basando, desde mediados del siglo XX, en modelos asistenciales diseñados para atender principalmente procesos agudos, con respuestas profesionales reactivas que han podido dar escaso peso a la prevención y la implicación de los pacientes.

Las enfermedades crónicas necesitan cuidados a lo largo de toda la vida y una atención global, no tratamientos puntuales. Por ello, la organización de su atención debe

estructurarse a lo largo de un proceso que contemple las diferentes necesidades que van a irse produciendo y que permita organizar una respuesta que asegure la continuidad de los cuidados, la utilización de los recursos más adecuados en cada caso y la coordinación entre todas las instituciones intervinientes.

En una situación de crisis económica como la actual, la revisión del modelo organizativo de atención a los pacientes crónicos puede contribuir de forma relevante a la sostenibilidad del sistema sanitario; no obstante, su implantación debe ser fundamentalmente enmarcada dentro de una progresiva adaptación, evolución y mejora de un sistema sanitario desarrollado, como es el sistema de salud de Castilla y León, dirigido hacia los resultados en salud de la población.

Para todo ello, la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León se estructura en 3 objetivos prioritarios, desplegados en un total de 7 líneas estratégicas.

El primero de los objetivos estratégicos es *asegurar la coordinación asistencial*. Con ello se pretende mejorar la calidad asistencial y facilitar a las personas su tránsito a través de los dispositivos asistenciales del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales, todo ello sin barreras administrativas y consiguiendo agilidad en la gestión mediante la coordinación de servicios. Para la consecución del objetivo se plantean tres líneas estratégicas: 1. *La integración asistencial del modelo social y sanitario*; 2. *La continuidad con la atención sociosanitaria*; y 3. *La adaptación de la organización a las necesidades del paciente crónico*, basada fundamentalmente en una Atención Primaria resolutoria y en la incorporación de Unidades de Continuidad Asistencial (UCA) y Unidades de Convalecencia Sociosanitarias (UCSS). Dada la especial relevancia del modelo de *coordinación sociosanitaria* de Castilla y León, se detallarán algunas de sus características en el siguiente apartado de este informe.

El segundo objetivo estratégico consiste en *potenciar la autonomía y la responsabilidad del paciente*, a través de dos líneas estratégicas. La primera de ellas se refiere al *autocuidado, corresponsabilidad y participación de los pacientes*, a partir de actuaciones orientadas a mejorar su información, formación, implicación, interacción y comunicación, con el apoyo de las Asociaciones de Pacientes y Familiares. Y la segunda línea estratégica en este ámbito no puede ser otra que la de *promoción de la salud y prevención de la enfermedad*, mediante el desarrollo de intervenciones sobre los estilos de vida y los factores de riesgo.

Finalmente, el tercero de los objetivos estratégicos se refiere a *la innovación y gestión del conocimiento*. Para ellos se plantean dos líneas estratégicas básicas: una primera de tecnologías facilitadoras del cambio, como la historia clínica compartida o las herramientas de facilitación de la consulta o la interconsulta no presencial; y una segunda línea estratégica de *formación e investigación*, que llevará también aparejada la implantación y evaluación de experiencias innovadoras y la difusión de las mejores prácticas.

Los cambios contemplados en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico van a afectar por tanto a todos los niveles del sistema: la atención primaria; los recursos hospitalarios; los mecanismos de coordinación entre ambos niveles; la integración con los servicios sociales; los propios hábitos de los pacientes y de sus cuidadores; y la implantación de nuevas tecnologías. La dimensión de todos estos cambios hace que esta Estrategia se

plantee un despliegue progresivo, que se producirá a través de 23 proyectos concretos, cuya primera revisión está prevista efectuar en el año 2016.

4. Coordinación sociosanitaria

El desarrollo del modelo de coordinación sociosanitaria de Castilla y León merece mención específica dentro del contexto de este informe referido a las estrategias para la mejora de la calidad, la efectividad, la eficiencia y en términos globales la sostenibilidad del sistema sanitario.

La atención sociosanitaria, entendida como aquella que puede ser prestada por ambas redes de servicios, la de servicios sociales y la sanitaria, y que aun siendo autónomas en su funcionamiento y financiación, persiguen como objetivo *proporcionar una respuesta única a las múltiples y distintas necesidades sanitarias y sociales que presentan los ciudadanos de forma simultánea o sucesiva*, constituye una de las más claras prioridades en la política de servicios públicos básicos la Junta de Castilla y León.

Un aspecto fundamental para que esta atención se lleve a cabo de manera adecuada ha consistido en sentar las bases de un modelo de atención coordinado entre ambos servicios. Este modelo se asienta sobre unas estructuras de coordinación bien definidas normativamente: *equipos de coordinación de base con atención directa a los ciudadanos y comisiones de coordinación sociosanitaria* en cada área de salud. A ello se suma la designación de responsables de atención a la dependencia en cada área de salud que se reúnen periódicamente e intercambian información con los responsables de la atención a la dependencia en cada Gerencia Territorial de Servicios Sociales; o las actuaciones de diseño e implantación de procedimientos de atención compartida y coordinada entre atención primaria y servicios sociales, tanto para el desarrollo de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, como para la prestación integrada de servicios en el domicilio de los pacientes.

Continuando con esta línea de coordinación, y en consonancia con lo establecido en la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León anteriormente mencionada, en el año 2013 se ha implantado *el modelo de gestión conjunta de Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS)* en plazas de centros residenciales para personas mayores entre la Gerencia Regional de Salud y la Gerencia de Servicios Sociales, que permitan la atención simultánea a personas con necesidades de ambas redes de servicios.

La citadas UCSS, planteadas para estancias inferiores a dos meses y prorrogables hasta un máximo de dos meses adicionales, se destinan a la atención de personas en situación de dependencia, con problemas para realizar las actividades básicas de la vida diaria como consecuencia de procesos crónicos de enfermedad y/o patologías generalmente asociadas al envejecimiento, ya diagnosticados y estabilizados, pero que debido a un proceso agudo o a una descompensación de sus procesos crónicos presenten una falta de autosuficiencia, necesitando cuidados sanitarios médicos y de enfermería y vigilancia durante la convalecencia, así como cuidados personales asociados a su falta de autonomía. En virtud del convenio establecido entre la Gerencia de Servicios Sociales y la Gerencia Regional de Salud, se inició la implantación de las UCSS en 2013 con un total de 50 plazas.

5. Plan en gestión de la calidad y seguridad del paciente

Mediante Resolución de 16 de enero de 2013, fue aprobado el Plan en gestión de la calidad y seguridad del paciente, a desarrollar en los centros dependientes de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. La finalidad del Plan se plantea en una *doble perspectiva*: por una parte, *mejorar la gestión de la calidad* en nuestro Sistema de Salud, a través de medidas de gestión de procesos y análisis de resultados; por otra parte, *aumentar la seguridad de los pacientes*, impulsando diversas actuaciones dirigidas a minimizar riesgos y complicaciones.

Entre sus líneas de trabajo, el Plan incluye diez proyectos para promover la calidad en la gestión y en la práctica clínica y otros trece proyectos dirigidos a mejorar la seguridad del paciente. Además, se incluye una línea transversal de liderazgo en calidad y seguridad, que permita la puesta en marcha del Plan de manera eficiente, trabajando a nivel corporativo en el diseño de herramientas, en facilitar la colaboración entre los distintos centros y en el intercambio de conocimiento y buenas prácticas dentro de la organización.

Con todo ello se pretende promover la mejora de la calidad de nuestro servicio de salud, pero también contribuir a su sostenibilidad disminuyendo los “costes de la no calidad”; costes que, solamente en el ámbito de la seguridad del paciente, se han estimado en 1.200 millones de euros anuales para el conjunto del SNS.

La primera de las líneas de trabajo del Plan, que incluye diez proyectos, está dedicada a *promover la utilización de herramientas que ayuden a mejorar la calidad en la gestión y en la práctica clínica*. Entre estas herramientas destaca el empleo del modelo EFQM, que de hecho constituye el marco de actuación en el que se encuadran el resto de proyectos, y cuyo despliegue se ha iniciado con la realización de autoevaluaciones EFQM en todas las gerencias de nuestra organización; en 2013 se ha obtenido además el sello EFQM 400+ en el área de enfermería de la Gerencia de Salud de León, que viene a sumarse a otros reconocimientos a diferentes centros en años previos.

Otras herramientas impulsadas por el Plan dentro de esta línea incluyen el diseño de guías clínicas incorporadas en la historia clínica electrónica; la gestión por procesos, como marco de referencia para la coordinación y continuidad asistencial en la atención; el desarrollo de cuadros de mando para facilitar la difusión de la información básica que ayude a gestores y a clínicos a detectar oportunidades de mejora en las que trabajar y a evaluar el impacto de las medidas puestas en marcha; y el uso de las encuestas de satisfacción, para valorar el impacto provocado por las medidas puestas en marcha desde la percepción de los usuarios.

En cuanto a la segunda línea de trabajo, la relacionada con la *seguridad de los pacientes*, en el Plan se incluyen un total de trece proyectos, en su mayoría ligados a la Estrategia Nacional de Seguridad del Paciente y a los retos lanzados por la Alianza Mundial para la seguridad del paciente de la OMS. Las prioridades se dirigen hacia la prevención de los eventos adversos más graves y frecuentes detectados en los estudios realizados en nuestro entorno, y que además suponen un mayor coste para nuestra organización: infección asociada a la atención sanitaria y eventos relacionados con el uso del medicamento o con el

empleo de procedimientos, fundamentalmente. Todo ello a través de medidas cuya eficacia haya sido suficientemente avalada por las mejores evidencias.

Entre las actuaciones en desarrollo en este ámbito se incluye la extensión de los proyectos “bacteriemia zero” y “neumonía zero”, cuya implantación en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) de los hospitales de Castilla y León ya ha permitido disminuciones de incidencia superiores al 60%, con las consiguientes reducciones en tiempos de estancia en UCI y índices de mortalidad: las cifras de impacto señalan que se han evitado más de 550 bacteriemias y 650 neumonías, con una reducción estimada de 128 fallecimientos y de más de 18.000 días de estancia de los pacientes en las UCIs de la Comunidad Autónoma.

Otros proyectos vinculados a la línea de seguridad incluyen los de gestión de riesgos a través de SISNOT; la extensión de la utilización del check list quirúrgico de la OMS; el impulso de prácticas seguras en el ámbito quirúrgico, dentro de “infección quirúrgica zero”; proyectos de conciliación de la medicación al alta; mejora de la adecuación de la prescripción en ancianos; así como el desarrollo de nuevos mapas de riesgos, la mejora de la información al ciudadano, la difusión de buenas prácticas en seguridad y la monitorización de los indicadores de la estrategia de seguridad del Sistema Nacional de Salud.

Tabla 5.1. Proyectos del Plan en gestión de la calidad y seguridad del paciente

Nº	Proyectos en gestión de calidad
1	Impulsar la introducción de guías clínicas dentro de las utilidades de la historia clínica electrónica
2	Implantación paulatina de sistemas de gestión de la calidad basados en la gestión por procesos “organizativos”
3	Coordinación de la red de unidades de calidad y referentes de seguridad
4	Gestión del conocimiento en calidad
5	Evaluación y mejora en el marco del modelo EFQM
6	Difusión de información sobre el cumplimiento de estándares en los servicios de especial seguimiento de la cartera de servicios de atención primaria
7	Diseño y validación de un cuadro de mando de calidad científico técnica a nivel hospitalario
8	Compromiso con el profesional
9	Proyectos para la adecuación de la indicación de procedimientos terapéuticos
10	Encuestas a pacientes
Nº	Proyectos en seguridad del paciente
1	Gestión de riesgos a través de SISNOT
2	Plan de vigilancia, prevención y control de la infección relacionada con la atención sanitaria
3	Extensión de los proyectos bacteriemia zero y neumonía zero
4	Higiene de manos
5	Reducción de la transmisión cruzada de microorganismos multirresistentes en los hospitales
6	Extensión de la utilización del check list quirúrgico de la OMS
7	Prácticas seguras en el ámbito quirúrgico. Infección quirúrgica zero
8	Conciliación de la medicación al alta
9	Mejora de la adecuación de la prescripción en ancianos
10	Mapas de riesgos
11	Mejora de la información al ciudadano
12	Difusión de buenas prácticas en seguridad
13	Monitorización indicadores de la estrategia de seguridad SNS

Fuente: Plan en gestión de la calidad y seguridad del paciente. Gerencia Regional de Salud, 2013.

Finalmente, cabe hacer mención en este apartado al ámbito de *certificaciones de calidad ISO 9001:2008* en diversos servicios y unidades del sistema de salud de Castilla y León. En 2013 se ha producido la certificación o recertificación de las unidades de transfusión, de análisis clínicos y banco de sangre del Complejo Asistencial Universitario de Burgos; laboratorio de microbiología del Hospital Santiago Apóstol de Miranda de Ebro; banco de sangre y unidad de contratación del Complejo Asistencial Universitario de León; unidad de donación para trasplantes de Segovia; laboratorio de bioquímica de Soria; así como la unidad de apoyo a la investigación del ICICOR, unidad de imagen ICICORELAB, laboratorio de investigación biomédica, servicio de neurocirugía y sección de cargos por prestaciones en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Todos ellos sumados a otras certificaciones obtenidas en años previos en diferentes unidades.

6. Estrategia regional de salud pública 2013-2015

Dentro del sistema sanitario, *los dispositivos de salud pública realizan una de las contribuciones más eficientes*, por su papel fundamental en la consecución de los objetivos de mantenimiento y mejora de los niveles de salud de la población, y también por la consiguiente reducción en la demanda asistencial que ello conlleva. La Estrategia de Salud Pública 2013-2015 tiene como misión la mejora en el bienestar de los ciudadanos de Castilla y León, impulsando las actuaciones pertinentes sobre los determinantes de su salud.

El despliegue de la Estrategia se basa en un modelo propio que emplea el *acrónimo RESCATE*, en el que las seis primeras letras se refieren a cada uno de los ámbitos de actuación en salud pública: Riesgo, Enfermedad, Salud, Conocimiento, Autoridad y Transversalidad; por último, la séptima letra se refiere al procedimiento de Evaluación, con los diferentes indicadores que son empleados para valorar la Estrategia.

En el apartado de *Riesgo*, el objetivo general consiste en reducir los riesgos para la salud vinculados al entorno y los alimentos (protección de la salud). La Estrategia establece programas de control y vigilancia de riesgos específicos y el impulso del sistema y redes de alerta de salud pública de Castilla y León.

En cuanto a la *Enfermedad*, el objetivo general es reducir la probabilidad de aparición de las enfermedades y sus consecuencias (prevención de la enfermedad), a través de actuaciones dirigidas fundamentalmente a la detección precoz de enfermedades, con adecuación a la mejor evidencia científica disponible.

El objetivo general en el ámbito de *Salud* es favorecer la capacitación de la población para mejorar su propio nivel de salud (promoción de la salud). Las actuaciones contempladas en la Estrategia incluyen la puesta en marcha de una red de promotores de vida saludable en Castilla y León y el impulso de nuevas actividades dirigidas a promocionar la alimentación saludable y actividad física.

En el ámbito del *Conocimiento*, el objetivo es aumentar el conocimiento sobre el estado de salud de la población y sus determinantes (sistemas de información, vigilancia e

investigación en salud pública). Entre sus actuaciones cabe destacar un sistema de monitorización de los factores de riesgo de la población con participación de la Red Centinela Sanitaria, la mejora en los sistemas de información epidemiológicos y microbiológicos, o el impulso de la investigación en salud pública.

El apartado de *Autoridad* contempla promover las garantías en la prestación de servicios y actividades relacionados con la salud (autoridad sanitaria y ordenación), a través de medidas como el impulso de las actividades de inspección y control para la mejora de la calidad, seguridad y eficiencia de la atención sanitaria, o el desarrollar reglamentario de los mecanismos de control y limitación establecidos en la Ley de Salud Pública y Seguridad Alimentaria.

Finalmente, la perspectiva *Transversal* plantea como objetivo general el desarrollo de las actuaciones que permitan la mejora en el desempeño de las funciones y servicios de salud pública (cartera de servicios, adecuación en la organización territorial, formación continuada). Entre sus actuaciones se incluye fomentar las alianzas interinstitucionales con otros órganos de la administración autonómica, local y del Estado, y con sectores como el agroalimentario y el educativo, con asociaciones profesionales y con asociaciones comunitarias, familiares y de pacientes, reestructurar territorialmente los servicios de salud pública y diseñar su desarrollo profesional o instaurar procedimientos de calidad y de mejora continua en el desarrollo de la cartera de servicios de salud pública.

7. Aula de pacientes

Entre las medidas dirigidas a impulsar la efectividad de las actuaciones del sistema sanitario, aquellas dirigidas a incrementar la información y el conocimiento constituyen herramientas imprescindibles para que los ciudadanos, y en particular los pacientes, tengan una participación activa sobre su salud. Cuando las personas tienen acceso a información de calidad sobre sus enfermedades se vuelven más activas, se implican más, se hacen protagonistas de su salud, están más satisfechas y comprenden mejor la importancia que tiene establecer una conducta con estilos de vida saludable o cuándo es necesario, seguir correctamente las pautas de un determinado tratamiento.

Las cuestiones relacionadas con la salud constituyen uno de los primeros motivos de consulta en internet. Ha sido así desde los inicios de la red y se sigue manteniendo esta tendencia. La posibilidad de obtener información inmediata sobre cualquier tema sanitario ayuda a los ciudadanos a complementar la información que reciben en los centros y, al tiempo, les permite interactuar de forma diferente con los profesionales cuando les visitan en consulta.

La Consejería de Sanidad de Castilla y León, incluyó su *"Aula de pacientes"* como un nuevo subportal del Portal de Salud, fuente de información sanitaria objetiva y de nuevas funcionalidades interactivas, sustentado por la institución que, en unos casos ha generado directamente la información y, en otros, utiliza los contenidos aportados por Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes, ya sea mediante enlaces, mediante adaptaciones o con la elaboración de nuevos contenidos.

Se trata de un espacio dinámico de participación que, a través de información objetiva y veraz, se orienta a *promover estilos de vida saludables, prevenir la enfermedad y apoyar a las personas con enfermedades crónicas en el autocuidado de su salud*. A lo largo del año 2013 se han introducido nuevos contenidos, guías, enlaces, noticias, informaciones sobre asociaciones de pacientes, que han permitido consolidar el *Aula de Pacientes* en nuestra Comunidad Autónoma, con más de *250.000 visitas a este recurso*.

Índice de tablas

Tabla 1.1. Principales indicadores sociodemográficos de Castilla y León, año 2013.....	4
Tabla 1.2. Indicadores de recursos y actividad del Sistema de Salud de Castilla y León, año 2013	5
Tabla 5.1. Proyectos del Plan en gestión de la calidad y seguridad del paciente	11

Índice de figuras

Figura 3.1. Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León.....	7
--	---

Abreviaturas, acrónimos y siglas

I

ICICOR: Instituto de Ciencias del Corazón

ICICORELAB: Unidad de Imagen del Instituto de Ciencias del Corazón

R

RESCATE: Riesgo, Enfermedad, Salud, Conocimiento, Autoridad, Transversalidad, Evaluación

S

SISNOT: Sistema de Notificación de Incidentes sin Daño

U

UCA: Unidad de Continuidad Asistencial

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UCSS: Unidad de Convalecencia Sociosanitaria

Bibliografía

Junta de Castilla y León (y 60 asociaciones). Compromiso con la sanidad pública en Castilla y León [documento en Internet]. Valladolid: Consejería de Sanidad; 2013. Disponible en: <http://t.co/as0qBiAmyY>

Junta de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León [documento en Internet]. Valladolid: Consejería de Sanidad; 2013. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>

Junta de Castilla y León. Plan en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente [documento en Internet]. Valladolid: Consejería de Sanidad; 2013. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-gestion-calidad-seguridad-paciente>

Junta de Castilla y León. Estructuras de coordinación sociosanitaria [Internet]. Valladolid: Consejería de Sanidad; 2013. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/estructuras-coordinacion-sociosanitaria>

Junta de Castilla y León. Estrategia de Salud Pública [Internet]. Valladolid: Consejería de Sanidad; 2013. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-salud-publica>

Junta de Castilla y León. Aula de Pacientes [Internet]. Valladolid: Consejería de Sanidad; 2013. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/AulaPacientes>

Informe anual
del Sistema Nacional
de Salud 2013
Castilla-La Mancha



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	2
Resumen	3
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	4
1. Reforma organizativa del Servicio de Salud.....	4
1.1. Creación de las gerencias de atención integrada.....	4
1.2. Racionalización de las estructuras directivas	5
1.3. Reforma de la gestión de las prestaciones complementarias	5
2. Reordenación de la actividad asistencial	6
2.1. Disminución de los servicios concertados e incremento de los recursos propios.....	6
2.2. Plan de reducción de lista de espera	7
2.3. Resultados: incremento de la actividad, incremento de los trasplantes.....	7
2.4. Planificación de la actividad en zonas limítrofes.....	8
3. Gestión de recursos humanos	8
3.1. Racionalización de la estructura retributiva.....	8
3.2. Mejoras en la productividad y reducción del absentismo laboral.....	9
4. Racionalización de la gestión económico-financiera	9
4.1. Normalización de la gestión presupuestaria	9
4.2. Financiación de la deuda acumulada con oficinas de farmacia, proveedores y productos sanitarios.....	10
4.3. Reducción de los períodos medios de pago	11
5. Actuaciones en materia de uso racional de los medicamentos	11
5.1. Medidas de mejora en la calidad y eficiencia de la prescripción en Atención Primaria.....	11
5.2. Medidas de mejora en la selección eficiente de medicamentos en Atención Especializada.....	13
6. Conclusiones.....	14
Índice de tablas.....	16
Abreviaturas, acrónimos y siglas	17

Demografía y entorno económico

	Castilla y León	España	Fuente
Población	2.506.320	46.593.236	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	49,5	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	50,5	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	12,2	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	64,4	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	23,5	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	7,1	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	6,4	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

La gestión del servicio sanitario público de Castilla-La Mancha en los últimos tres años ha estado marcada por el objetivo de mantener la cantidad y calidad de los servicios sanitarios en un contexto de consolidación del gasto inédito en el Sistema Nacional de Salud.

Las ganancias de eficiencia necesarias para el logro del objetivo señalado se concretaron en el Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos (agosto 2011) que ha guiado el proceso de reordenación del gasto público regional con la prioridad de preservar los servicios públicos esenciales entre los que están los servicios sanitarios.

El programa de mejora de la eficiencia en el servicio público de salud se ha articulado en base a la reforma del modelo organizativo, a la racionalización de los procesos de gestión económico-financiera y a medidas en materia de personal y de uso racional de los medicamentos. Todo ello ha permitido acometer una reordenación de la actividad asistencial, optimizando la utilización de los recursos propios, reduciendo la utilización de los recursos concertados, al tiempo que incrementando la actividad asistencial.

La creación de áreas de gestión integrada y la consiguiente racionalización de los cuadros directivos, han permitido emprender la reordenación de la actividad asistencial.

La reordenación de la actividad asistencial ordinaria del servicio de salud ha permitido prescindir en una buena parte de los conciertos externos, al tiempo que incrementar la actividad asistencial, llegando en algunos casos como en trasplantes, a cifras antes no alcanzadas. Un plan de gestión de las listas de espera quirúrgica, para consultas externas y para técnicas diagnósticas ha permitido situar las salidas para estas tres listas de espera en cifras superiores a las de 2010 y reducir en 2013 el número de pacientes en lista de espera.

Las mejoras en la actividad asistencial han sido posibles por el compromiso y el esfuerzo de la plantilla del Servicio de Salud como muestran los índices de productividad, incrementos en la jornada y reducción del absentismo laboral.

La liquidación de las deudas contraídas en ejercicios anteriores a 2011 y la reducción de los períodos de pago junto con la introducción de técnicas presupuestarias no incrementalistas en los centros de gasto han permitido reordenar y normalizar la gestión del presupuesto.

La implantación en un período de 4 meses de la receta electrónica ha permitido obtener ganancias de eficiencia en consultas y farmacias, así como mejorar la calidad y seguridad de la prestación farmacéutica. Una política de selección eficiente de medicamentos ha permitido incrementar la cuota de utilización de genéricos y reducir el diferencial de gasto medio por receta con el SNS; se ha avanzado asimismo en la gestión clínica de los medicamentos hospitalarios con la participación de los médicos.

Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013

La Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha que se hizo cargo, en junio de 2011, tras las elecciones autonómicas, de la gestión de la sanidad regional se enfrentó a una situación inédita: mantener la actividad asistencial de las instituciones sanitarias con los créditos presupuestarios prácticamente agotados (el presupuesto sanitario estaba ejecutado en el 86,5%) y con una elevada deuda pendiente de pago de años anteriores.

En el ámbito sanitario la deuda era muy importante (en servicios, en obras, en prestaciones, en impagos a oficinas de farmacia, a los laboratorios por los medicamentos hospitalarios, en transporte sanitario, etc.) y las facturas, deuda aparte, sin pagar se contaban por cientos de miles, por valor de 1.700 millones de euros.

La complejidad de la situación demandaba una estrategia bien definida, que se plasmó en el Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos (PGSSB), un conjunto de medidas que afectaron a todas las Consejerías que componen el Gobierno Regional y que permitió articular medidas estructuradas y coherentes con el fin de cumplir dos grandes objetivos:

- garantizar los mejores servicios sociales, educativos y sanitarios, y
- arbitrar las medidas necesarias para el fomento del empleo

El PGSSB aseguró la continuidad de los servicios en un escenario económico que traía aparejada una drástica reducción de ingresos para la Junta de Castilla-La Mancha.

Una parte fundamental del PGSSB contenía actuaciones de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, ya que este departamento representa aproximadamente el 60% del techo de gasto de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. La Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales ha tenido que llevar a cabo un extenso programa de reformas estructurales con el fin de garantizar la provisión de servicios sanitarios. El criterio ordenador de este programa ha sido el de aprovechar al máximo todos los recursos disponibles en el servicio de salud reforzando su sostenibilidad.

La ejecución de la estrategia en el período agosto 2011-diciembre 2013 permitió mantener el nivel de prestación de servicios asistenciales, ordenar y estabilizar la gestión económica y financiera del Servicio de Salud, racionalizar la gestión de los recursos humanos, mejorar tecnológicamente y racionalizar la gestión de la farmacia.

1. Reforma organizativa del Servicio de Salud

1.1. Creación de las gerencias de atención integrada

Una vez adoptadas las medidas que aseguraban las prestaciones sanitarias y los fondos económicos necesarios para las mismas, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) centró su trabajo en ofrecer una atención sanitaria de calidad y adecuar a las necesidades de los pacientes los recursos existentes.

Una de las primeras reformas adoptadas consistió en la integración de la gestión de los servicios sanitarios de atención primaria y de atención especializada; para ello se creó mediante Orden del Consejero de Sanidad de 18 de diciembre de 2012 una nueva forma organizativa, la gerencia integrada.

En las gerencias integradas se produce la unión de ambos niveles asistenciales bajo un único gestor. La gestión integrada facilita la evolución hacia el paradigma de atención del paciente crónico y pluripatológico, que está orientando todas las iniciativas de reforma emprendidas en el dispositivo asistencial. En la gestión integrada de la prestación sanitaria se facilita la consecución de mayores niveles de continuidad asistencial, así como que el paciente sea siempre atendido en el recurso sanitario más oportuno para sus necesidades en cada momento.

El despliegue de esta nueva fórmula organizativa ha supuesto la creación de las gerencias integradas de Albacete, Almansa, Hellín, Villarrobledo, Ciudad Real, Valdepeñas, Alcázar de San Juan, Manzanares, Tomelloso, Puertollano, Cuenca, Guadalajara y Talavera de la Reina.

1.2. Racionalización de las estructuras directivas

En paralelo con la reforma de las unidades de gestión se acometió la eliminación de estructuras redundantes o no estrictamente necesarias y la racionalización de los equipos directivos. El SESCAM pasó de tener 194 directivos en el año 2011 a 131 en la actualidad, lo que representó un ahorro de 3.007.246 euros al año.

1.3. Reforma de la gestión de las prestaciones complementarias

En esta línea de simplificación de la estructura de gestión del SESCAM se suprimieron las Oficinas Provinciales de Prestaciones (OPP), reordenando los procedimientos de tramitación de las prestaciones sanitarias complementarias, entre las que están, por ejemplo, las ortoprótesis o la asistencia bucodental.

A partir del 1 de enero de 2013, la tramitación y el pago de estas prestaciones se ha trasladado desde las desaparecidas OPP a los propios centros hospitalarios.

Este cambio en la gestión supone, además de una utilización más eficiente de los recursos y una gestión integral del conjunto de prestaciones, la eliminación de cargas administrativas a los pacientes, en la medida que permite la tramitación de las prestaciones en el propio centro hospitalario.

2. Reordenación de la actividad asistencial

2.1. Disminución de los servicios concertados e incremento de los recursos propios

2.1.1. Derivaciones a la sanidad privada y eliminación de jornadas extraordinarias

Desde 2011, la gestión aplicada en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha ha estado orientada a una decidida apuesta por el máximo aprovechamiento de los recursos propios antes que recurrir a la ayuda complementaria que puede facilitar el sector sanitario privado, habiéndose producido una reducción importante de las derivaciones a la sanidad privada. De hecho, durante 2012, se derivó solamente un 1% de los pacientes, frente al 8% que se derivó en 2010. En sólo dos años se produjo una reducción del 80%.

Asimismo, se han corregido situaciones de incentivación mal orientada que resultaban negativas para el sistema sanitario y el incentivo de los profesionales. De esta manera se han eliminado las jornadas extraordinarias, denominadas comúnmente peonadas.

El montante económico que supuso la actividad fuera de jornada ordinaria entre 2009 y 2011 alcanzó los 117 millones de euros. En la actualidad se ha superado en jornada ordinaria el volumen de actividad que se realizaba anteriormente, sumando la jornada ordinaria, extraordinaria (peonadas) y la derivación a la privada.

2.1.2. Ampliación de la red sanitaria pública

Por otro lado, desde 2011 se han concretado actuaciones para potenciar la capacidad asistencial de la red sanitaria pública.

En 2013 se integró el Hospital Provincial de Toledo en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, lo que supuso que el SESCAM sumó a sus recursos 150 camas, 316 profesionales sanitarios y tres quirófanos.

A estos tres quirófanos se unen otros tres más, dos del Hospital Perpetuo Socorro de Albacete y uno del Hospital General Universitario de Ciudad Real. Por tanto, en 2013 el SESCAM amplió en seis sus quirófanos, una cifra que en 2014 llegará a 13.

También en 2013 las gestiones desarrolladas por la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales lograron retomar el proyecto para reanudar las obras del Hospital de Toledo, paralizado como consecuencia de la situación económica en que quedó la Comunidad en junio de 2011.

Se ha reforzado el liderazgo del Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo en el tratamiento de pacientes con lesión medular gracias a la acreditación como Centro de Referencia Nacional por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En materia de transporte sanitario, a finales de 2012 se puso en marcha un nuevo servicio que unificó la gestión sanitaria urgente y no urgente, y que ha permitido un ahorro

de 17 millones, el 21% del gasto, con excelentes niveles de calidad en el servicio y de satisfacción de los usuarios.

La red de asistencia sanitaria urgente se ha mejorado mediante la creación de un nuevo servicio de UVI móvil de emergencias en Azuqueca de Henares, única localidad de su tamaño que no contaba con este dispositivo, a pesar de ser el noveno municipio más poblado de la región; asimismo se ha puesto en funcionamiento un nuevo Puesto Médico Avanzado en Guadalajara (donde faltaba); y también se ha potenciado el uso de los helicópteros medicalizados.

2.2. Plan de reducción de lista de espera

El Gobierno regional ha priorizado la reducción de las demoras sanitarias asignando una partida específica de 15 millones de euros para financiar en 2013 un Plan de Choque de Listas de Espera (PCLE). El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en aplicación de este Plan ha logrado disminuir el número de pacientes totales en listas de espera.

El Plan de Choque de Listas de Espera posibilitó la contratación de personal para realizar más intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y consultas lo que permitió incrementar el volumen de actividad quirúrgica y diagnóstica durante la jornada ordinaria de los diferentes hospitales del SESCAM.

Como resultado, en el año 2010 salieron 123.000 pacientes de lista de espera quirúrgica mientras que en 2013 salieron 130.000; en listas de espera de consultas externas, en 2010 salieron 1.326.000 pacientes y en 2013 un total de 1.405.000; y en la lista de espera de técnicas diagnósticas se produjeron 2.088.000 salidas de pacientes en 2010 y 3.652.000 en el año 2013.

Por lo tanto, en 2013 hubo 33.189 pacientes menos en lista de espera, de los cuales: 3.297 son en lista de espera quirúrgica, 22.078 en consultas externas y 7.814 en técnicas diagnósticas.

2.3. Resultados: incremento de la actividad, incremento de los trasplantes

Las medidas adoptadas han contribuido al incremento de la actividad asistencial del SESCAM, tanto en hospitalización, actividad quirúrgica o pruebas diagnósticas, en comparación con la llevada a cabo en 2010.

En 2013 se contabilizaron 165.000 ingresos, 4.500 más que en 2010, con lo que se produjo una subida del 10%. Respecto a la actividad quirúrgica, en 2013, se realizaron 128.000 intervenciones, un 2,27% más que en 2010. Asimismo, se han atendido 830.000 urgencias en los centros hospitalarios de la región, un 3% más. En pruebas diagnósticas cabe resaltar la realización de un 25% más de mamografías; actividad toda ella desarrollada, fundamentalmente, durante la jornada ordinaria.

En 2013 se realizaron 13.058 intervenciones quirúrgicas en horario de tarde sin compensación económica adicional, un 16,83% más que en el año anterior. Y, en este

mismo horario tuvieron lugar 205.868 consultas externas, un 17,96% más que en 2012 y 82.284 técnicas diagnósticas, un 44,89% más.

Por otro lado, cabe destacar que en 2013 Castilla-La Mancha incrementó considerablemente la tasa de donación de órganos. Según los datos disponibles, la tasa de donación en la región fue de 34,7 donantes por millón de población, lo que sitúa por primera vez en la historia a la Comunidad Autónoma en la media nacional -que es de 35,1- y supone un incremento del 25,9 por ciento respecto al año anterior.

En 2013, la Unidad Autonómica de Coordinación de Trasplantes de Castilla-La Mancha registró un total de 73 donantes de órganos. El 79% de las donaciones fueron multiorgánicas y en un 71% de los casos se donaron tejidos.

En 2013, 177 castellano-manchegos fueron trasplantados de algún órgano. Esto supuso: 94 trasplantes renales, un 70% más que el año anterior; 31 trasplantes de médula ósea; y 52 trasplantes de otros órganos. En total, cuarenta y cinco más que el año anterior. Además, en 2013 se multiplicaron por 14 el número de donantes de médula ósea respecto a 2012.

2.4. Planificación de la actividad en zonas limítrofes

Castilla-La Mancha por su extensión y situación geográfica en España limita con otras siete comunidades autónomas. La dispersión y la baja densidad de población caracterizan las zonas limítrofes, lo que determina condiciones específicas para la prestación del servicio sanitario a sus residentes. Un buen número de municipios de estas zonas tienen como referencia a centros sanitarios de otra comunidad autónoma.

Es por ello que la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales ha mantenido en los últimos años una intensa política de cooperación con las regiones limítrofes. Como consecuencia de esta política se han suscrito convenios para la prestación de asistencia sanitaria en zonas limítrofes con las Consejerías de Sanidad de la Comunidad Valenciana en 2012 y de Aragón en 2013.

En concreto, los ciudadanos de las zonas limítrofes pueden beneficiarse de la asistencia sanitaria de Atención Primaria y Especializada en el centro hospitalario más cercano y accesible desde su domicilio, con independencia de la comunidad a la que pertenezca el mismo.

3. Gestión de recursos humanos

3.1. Racionalización de la estructura retributiva

La aplicación del Plan de Garantía de los Servicios Sociales supuso un esfuerzo muy importante de todos los profesionales del SESCOAM en el ámbito retributivo que ha hecho posible asegurar la sostenibilidad del Servicio Regional de Salud de Castilla-La Mancha.

Ha sido necesario adecuar la estructura retributiva a los recursos existentes, garantizándose siempre la máxima equidad en el esfuerzo por parte de todos los colectivos

profesionales y la máxima coherencia con la estructura retributiva global del Sistema Nacional de Salud.

3.2. Mejoras en la productividad y reducción del absentismo laboral

Dentro de la normativa prevista por el Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, en 2013 se ha modificado parcialmente la regulación de la Ley 1/2012, pasando a pagar, a partir de 01/01/2014 un 50% de complemento de IT en los tres primeros días e incluyendo cuatro supuestos que son retribuidos al 100% desde el primer día de la baja.

Ha aumentado la jornada laboral en 130 horas (52 x 2,5) en cómputo anual, quedando fijada en 1.645 horas (turno fijo diurno), 1.470 (turno fijo nocturno) y 1.530 (turno rotatorio) por lo que el personal estatutario ha vuelto a tener la misma jornada establecida antes de las transferencias sanitarias.

Se ha establecido la no concesión de la prolongación de la actividad profesional después de los 65 años, excepto en situaciones de necesidad asistencial.

Esto ha permitido racionalizar de una forma no traumática las plantillas y dar acceso en su caso a profesionales jóvenes que, de otra manera, hubieran tenido muy difícil su incorporación al sistema sanitario público.

De igual manera se han realizado convocatorias anuales de personal emérito para seguir contando con la experiencia y conocimiento de algunos de los profesionales que se han jubilado.

Relacionado con los recursos humanos y su profesionalización, Castilla-La Mancha ha organizado, de forma pionera, un Programa de Dirección Sanitaria para profesionalizar y formar a los gestores de la Región, con el objetivo de profesionalizar al máximo la gestión sanitaria.

4. Racionalización de la gestión económico-financiera

4.1. Normalización de la gestión presupuestaria

Como ya se ha comentado anteriormente, la situación económica encontrada en 2011 fue compleja: inexistencia de créditos presupuestarios, gastos pendientes de contabilizar y de pagar. Esta crítica situación financiera suponía un riesgo cierto para la continuidad en la prestación del servicio a corto y a largo plazo.

Por otra parte, se ponía de manifiesto que el nivel de gasto alcanzado por el servicio de salud resultaba insostenible con los ingresos expresados en el presupuesto en vigor en 2011 situación que se agravaba con la reducción de ingresos que se produjo a partir de ese

año. A la carencia de recursos presupuestarios se unía la imposibilidad de acudir al mercado financiero para financiar el déficit.

Con el objeto de ordenar la situación financiera del SESCAM se procedió, en primer lugar, a establecer la magnitud de la misma, a fin de que el Gobierno pudiera promover en las Cortes de Castilla-La Mancha la aprobación de un crédito suplementario en diciembre de 2011, lo que permitió el reconocimiento y la contabilización de la deuda existente.

De esta forma, en 2012 se pudo pagar la mayor parte de esta deuda, principalmente a través de la vía de pago articulada mediante el Mecanismo Extraordinario de Pago a Proveedores (MEPP), habilitado por el Instituto de Crédito Oficial (ICO).

La normalización de la situación presupuestaria permitió elaborar un presupuesto para 2012 ajustado a las necesidades del gasto y recuperar el presupuesto como instrumento básico y fundamental para la gestión del gasto.

Una vez eliminada la bolsa de deuda, los pagos del ejercicio corriente se han venido realizando a través de dos vías:

- la ordinaria, basada en los fondos propios con que contaba la Tesorería de la Junta y
- la llevada a cabo a través del Fondo de Liquidez Autonómica (FLA)

Por otro lado, a finales de 2012 se pudo abonar a 26.000 profesionales del SESCAM una deuda de 30 millones de euros por el suplemento de productividad pendiente de pago desde 2010.

Además, hubo que hacer frente a otras deudas de ejercicios anteriores como: suministros de implantes, por un valor de 34.748.097 euros; productos farmacéuticos (9 meses de deuda farmacéutica); hemoderivados por un valor de 4.263.467 euros; o deudas a la sanidad privada por importe de casi 200 millones de euros, entre otras muchas.

Por otro lado, se ha llevado a cabo una reforma en la metodología de elaboración del presupuesto del SESCAM, abandonando el criterio incrementalista e introduciendo el Presupuesto Base Cero. Esto ha supuesto revisar todas las partidas de gasto e identificar las potenciales mejoras en la eficiencia. En la distribución del presupuesto a los centros gestores, en lugar del criterio de gasto histórico, se ha tenido en cuenta la actividad asistencial real y se han introducido ajustes capitativos en las partidas de gasto asignadas, en lugar del criterio de gasto histórico.

Junto a la mejora de la programación presupuestaria se ha llevado a cabo un intenso esfuerzo para mejorar la gestión del presupuesto centrado en un riguroso control y seguimiento de la ejecución presupuestaria, principalmente a partir del seguimiento de los contratos de gestión firmados con las gerencias de atención integrada.

4.2. Financiación de la deuda acumulada con oficinas de farmacia, proveedores y productos sanitarios.

La deficiente programación presupuestaria afectó en particular al crédito para pagar las recetas dispensadas por las oficinas de farmacia; en el verano de 2011 el presupuesto para

farmacia estaba agotado hasta final de año. A lo largo de 2011 se trabajó conjuntamente con el Consejo Regional de Farmacéuticos para encontrar las soluciones financieras necesarias. Desde enero de 2012 se ha pagado regularmente la factura de farmacia.

Fruto del clima de entendimiento con el Consejo Regional se alcanzó un Acuerdo de Colaboración con el Consejo de Colegios de Farmacéuticos para la Legislatura que permitió avanzar en otros aspectos estratégicos de la farmacia como la receta electrónica o la reforma del marco reglamentario.

La mejora de las condiciones de prestación del servicio en las farmacias rurales ha representado uno de los ejes prioritarios de actuación. Esta prioridad se justifica por el peso de la farmacia rural en Castilla-La Mancha dadas sus características socio-demográficas. Las actuaciones se han centrado en la introducción en febrero de 2012 de la mejora en el margen de dispensación en aquellas farmacias con un volumen de ventas reducido por un lado, y en la racionalización de horarios, turnos de guardia y vacaciones, por otro.

4.3. Reducción de los períodos medios de pago

La liquidación de la deuda atrasada y la mejora en la programación y gestión presupuestarias han permitido rebajar de forma drástica los períodos medios de pago a los proveedores externos del SESCAM, en particular, a laboratorios farmacéuticos y proveedores de material sanitario con los cuales se acumulaban las mayores demoras.

5. Actuaciones en materia de uso racional de los medicamentos

5.1. Medidas de mejora en la calidad y eficiencia de la prescripción en Atención Primaria

5.1.1. Implantación de la receta electrónica

La receta electrónica se desplegó, tras un período de prueba de dos meses, de forma satisfactoria a la totalidad de los 203 centros de salud del SESCAM y a prácticamente la totalidad de las 1.274 farmacias de la región entre los meses de marzo y junio de 2013, lo que supone un récord en tiempo de implantación en el SNS. El 31,6% del total de recetas facturadas en 2013 fue en formato electrónico, reduciéndose con ello el gasto de facturación para las farmacias y liberando tiempo de gestión de la facturación que revierte en otras actividades asistenciales de la oficina de farmacia.

Para valorar esta mejora es preciso tener en cuenta la dispersión geográfica de Castilla-La Mancha que representa un reto para cualquier proyecto tecnológico de la envergadura que tiene la receta electrónica.

En el primer año de implantación se han hecho patentes los beneficios de esta mejora tecnológica: 2.217 facultativos han podido realizar un total de 24.605.339 recetas electrónicas a 679.215 pacientes liberando tiempo para dedicar al resto de actividades clínicas; la receta electrónica ha permitido reducir el número de desplazamientos a los

centros de salud a estos pacientes; en 2013 las farmacias de la región facturaron 13.171.399 recetas electrónicas, el 31,6% del total de recetas, reduciendo con ello el coste de gestión de la factura y liberando tiempo para dedicar a otras actividades profesionales.

5.1.2. Selección eficiente de medicamentos

El SESCAM ha desarrollado iniciativas de apoyo a la decisión clínica en materia de selección de medicamentos para promover la calidad y eficiencia de la prescripción. En particular se ha introducido en los sistemas de prescripción información relacionada con las alternativas terapéuticas más eficientes en los grupos de fármacos más prescritos: inhibidores de la bomba de protones, estatinas, antagonistas de los receptores de la angiotensina II, inhibidores de la ciclooxigenasa 2 y los medicamentos para la incontinencia de urgencia.

5.1.3. Incremento en la utilización de medicamentos genéricos

La política de uso racional del medicamento del SESCAM prioriza la prescripción de genéricos. En 2013 los medicamentos genéricos representaron el 46,35% del total de envases facturados al SESCAM, con un crecimiento del 7,72% sobre 2012; el 19,6 del total del gasto fue en medicamentos genéricos. En 2010, la tasa de genéricos fue del 24 % en envases y el 9,84% en importe.

5.1.4. Implantación de la reforma para la mejora de la equidad en la prestación farmacéutica

La reforma de la aportación del ciudadano en la prestación farmacéutica ha representado un esfuerzo de gestión para el SESCAM y para las oficinas de farmacia que ha permitido introducir, con un muy reducido número de incidencias, una mejora sustancial en la gestión de la prestación farmacéutica. La nueva regulación de la aportación introduce un factor de moderación en la utilización no justificada de medicamentos, permite discriminar en la aportación en función del nivel de ingresos de los perceptores de la prestación farmacéutica (equidad) y contempla la exclusión de la aportación de colectivos económicamente vulnerables que en la regulación anterior estaban obligados a aportar cantidades importantes no proporcionadas con su capacidad de pago.

En 2013, estuvieron exentas de aportación 89.271 personas, entre ellas, más de 30.000 personas desempleadas sin ingresos que antes de la reforma estaban obligadas al pago del 40% del coste de los medicamentos.

Con esta aportación se ha aplicado un incentivo efectivo para frenar el despilfarro en el consumo de medicamentos. Antes de ello, en España se tiraban al punto SIGRE 3.700 toneladas de medicamentos ya pagados y tirados sin utilizar. De esta cantidad total, el 4,5 por ciento, es decir, 166,5 toneladas, corresponden a medicamentos que se tiraban en Castilla-La Mancha.

5.1.5. Disminución en el diferencial con el SNS del gasto medio por receta

En 2013 el diferencial del gasto medio por receta de Castilla-La Mancha respecto de la media nacional se ha reducido 0,31 euros por receta, lo que supone una disminución del 3,08% igualándose prácticamente con la media:

Tabla 5.1. Gasto medio por receta

	Año 2013 euros	Año 2012 euros
Castilla-La Mancha	10,7	11,0
Nacional	10,7	10,7
Diferencia	0,0	0,3

Fuente: SESCAM. Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad.

5.1.6. Disminución del gasto farmacéutico por receta

En 2013 el número de recetas facturadas y el gasto farmacéutico de Castilla-La Mancha se redujeron más que la media nacional.

Se facturaron 41.590.316 recetas, con una reducción del 6,29%, y el gasto farmacéutico fue de 464.711.351 euros, un 9,24% menos que en 2012.

5.2. Medidas de mejora en la selección eficiente de medicamentos en Atención Especializada

5.2.1. Grupos de trabajo sobre terapias de alto coste

En 2013 se impulsaron los siguientes grupos de trabajo multidisciplinares para promover la selección y utilización eficiente de los medicamentos en el ámbito hospitalario:

- Uso AntiTNF en Digestivo, Dermatología y Reumatología
- Hemofilia
- Cáncer de mama Her2+
- Palivizumab en la infección por el virus respiratorio sincitial
- Utilización de fármacos anti-VEGF en DMAE, edema macular diabético y edema macular secundario a oclusión venosa retiniana
- Cáncer renal metastásico
- Medicamentos para el Alzheimer
- Factores estimulantes de la eritropoyesis
- Cáncer de próstata
- Leucemia mieloide crónica
- Mieloma múltiple

- Esclerosis múltiple
- Cáncer de colon metastásico
- Terapia antirretroviral
- Hemoglobinuria paroxística nocturna
- Bevacizumab en todas las indicaciones menos en cáncer colorrectal

5.2.2. Repercusión en la disminución de gasto

El gasto farmacéutico hospitalario en el periodo 2002-2012 en Castilla-La Mancha ha venido creciendo a una media del 12,7% anual.

En 2013 se ha contenido esta tendencia, con un crecimiento inferior a la mitad. Las compras hospitalarias de medicamentos han supuesto 197.743.760 euros, un 6,06% más que en 2012.

Por terapias los mayores descensos los hemos obtenido en las siguientes:

Tabla 5.2. Terapias hospitalarias con mayor porcentaje de descenso en el gasto

Terapia de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE)	-72,1
Tratamiento de la infertilidad	-40,6
Tratamiento con hormona de crecimiento	-29,4
Tratamientos antibacterianos	-23,9
Tratamientos con palivizumab	-18,2
Terapia de la hemofilia	-11,5
Terapia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana	-7,7
Hemoglobinuria paroxística nocturna	-5,6
Terapias biológicas en dermatología	-5,5

Fuente: SESCOAM. Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad.

6. Conclusiones

2013 ha sido un año importante en la consolidación de los esfuerzos que ha hecho esta Comunidad Autónoma y que ha permitido la sostenibilidad del sistema sanitario público después de unos años de gran déficit y endeudamiento que lo pusieron al borde del colapso.

Por otra parte, se han introducido mejoras significativas en el ámbito organizativo orientadas a la transversalidad de la atención sanitaria y a una mejor asistencia a la cronicidad.

Además, se ha mejorado sustancialmente el rendimiento asistencial lo que ha redundado en una reducción progresiva del número de pacientes en lista de espera.

Se han introducido asimismo innovaciones desde las tecnologías de la información como la receta electrónica que a su vez tienen un fuerte impacto en la mejora de la asistencia sanitaria.

Índice de tablas

Tabla 5.1. Gasto medio por receta	13
Tabla 5.2. Terapias hospitalarias con mayor porcentaje de descenso en el gasto	14

Abreviaturas, acrónimos y siglas

D

DMAE: Degeneración Macular Asociada a la Edad

F

FLA: Fondo de Liquidez Autonómica

I

ICO: Instituto de Crédito Oficial

IT: Incapacidad temporal

M

MEPP: Mecanismo Extraordinario de Pago a Proveedores

O

OPP: Oficina Provincial de Prestaciones

P

PCLE: Plan de Choque de Listas de Espera

PGSSB: Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos

S

SESCAM: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

SIGRE: Sistema Integrado de Gestión de Residuos de los medicamentos y de sus Envases

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013 Cataluña



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice	
Demografía y entorno económico	2
Resumen	3
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	4
1. Garantizar la asistencia sanitaria de cobertura pública universal	4
2. Atención a la cronicidad	4
2.1. Ejes principales	4
2.2. Proyectos	4
3. Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP)	6
3.1. Objetivos	6
3.2. Actividades	7
3.3. Actuaciones	7
4. Observatorio sobre los efectos de la crisis en la salud de la población	8
5. Codi Infart	9
6. Codi Ictus	9
7. Codi Risc Suïcidi	10
7.1. Objetivos	10
7.2. Fases e implantación	11
8. Proyecto Essencial. Añadiendo valor a la práctica clínica	11
9. La Central de Resultados del sistema sanitario catalán	12
10. Compra pública innovadora y riesgo compartido	13
10.1. Modelo y ámbitos de especial interés	14
10.2. Compra pública innovadora en esquemas internacionales	14
Abreviaturas, acrónimos y siglas	16

Demografía y entorno económico

	Catalunya	España	Fuente
Población	7.443.574	46.593.236	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	49,2	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	50,8	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	15,9	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	66,4	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	17,7	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	9,6	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	4,9	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

El 21 de mayo de 2013, el Gobierno de la Generalitat aprobó por Acuerdo de Gobierno la creación de la Comisión para la elaboración del documento de bases para el Pacto Nacional de Salud en Cataluña.

El principal objetivo de dicha Comisión fue definir la base de las propuestas para asegurar el futuro del sistema sanitario público catalán, garantizando su calidad y excelencia, partiendo de rasgos diferenciales.

La Comisión se constituyó el 30 de mayo con representantes del Gobierno, los partidos políticos, el mundo local, la patronal, los sindicatos y los representantes de los profesionales, los usuarios y el mundo académico. Los trabajos se desarrollaron en el marco de doce reuniones plenarias centradas en ocho grandes ámbitos temáticos a partir de los que se produjo la discusión.

Estos ámbitos se definieron a partir de los seis bloques iniciales que, según la Organización Mundial de la Salud, deben constituir un sistema sanitario (financiación y cobertura, profesionales, prestaciones y catálogo de servicios, modelo de servicios, evaluación y gobernanza) junto con otros ámbitos identificados como clave para el sistema, como la investigación e innovación y el compromiso ciudadano.

El desarrollo del Documento de bases presentado en el Parlamento de Cataluña servirá de punto de partida para definir las actuaciones para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

1. Garantizar la asistencia sanitaria de cobertura pública universal

Ante los cambios introducidos en la cobertura de la asistencia sanitaria a raíz de la aprobación del RDL 16/2012, Cataluña ha aprobado una Instrucción 10/2012 que habilita los mecanismos necesarios para garantizar la asistencia sanitaria de cobertura pública del CatSalut a los ciudadanos extranjeros empadronados en Cataluña que no tienen la condición de asegurado.

2. Atención a la cronicidad

Uno de los retos principales del Pla de salut 2011-2015, con el apoyo del Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC), es convertir un modelo de atención centrado en la enfermedad en uno centrado en la persona. Para hacerlo, se debe pasar de un modelo asistencial –social y sanitario– poco o nada integrado y fraccionado por niveles, a un modelo asistencial integrado social y sanitario de base territorial que se plantee dar respuesta a las necesidades sociales y sanitarias de las personas desde una visión territorial, con objetivos comunes, evaluados en términos de salud y con dispositivos asistenciales adecuados y compartidos por los profesionales de todos los ámbitos.

2.1. Ejes principales

La estrategia de implementación del modelo tiene cuatro ejes principales:

- La corresponsabilización de las personas a tener cuidado de su propia salud, participando en este proceso de forma conjunta con el resto de agentes.
- La integración funcional de los servicios sociales y sanitarios y la ordenación de los dispositivos donde interactúen ambos.
- La promoción del trabajo compartido de los profesionales de los diversos ámbitos de atención en el proceso de asistir a las personas en situación de complejidad para hacer de la comunidad el lugar preferente para atender a las personas.
- La priorización de la protección, promoción y prevención de la salud como instrumento más eficiente para reducir el impacto de los factores de riesgo y las enfermedades crónicas. Tanto en el ámbito sanitario o social como en acciones interdepartamentales que actúen sobre los determinantes de salud.

2.2. Proyectos

Hasta el año 2013, se ha avanzado en los siguientes proyectos:

- a) Implantación de procesos clínicos integrados para diez enfermedades:

- Más del 80% de los territorios han redactado e iniciado la implementación de las rutas asistenciales de diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y depresión. Prácticamente el 100% de territorios dispone de rutas redactadas de como mínimo tres de estas patologías.
- b) Potenciar los programas de promoción, protección de la salud y prevención de las enfermedades crónicas:
- La prevención y el control del tabaquismo continúa avanzando.
 - Impulso del Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable en colaboración con todos los sectores implicados.
 - Potenciación de las estrategias para la disminución del consumo de alcohol en el marco de la cronicidad.
 - Adecuación y estabilización de las coberturas de vacunación.
 - Impulso al Programa de cribatge neonatal a Catalunya.
- c) Potenciar la auto-responsabilización de los pacientes y los cuidadores con su salud y fomentar el autocuidado:
- Impulso y extensión del Programa Pacient Expert Catalunya (PPE-CAT) a más pacientes y a los problemas de salud priorizados en el contexto de cambio de orientación de la atención a la cronicidad.
 - En relación con la implantación del programa se observa una mejora de todos los parámetros evaluados: conocimientos, hábitos y estilos de vida, autocuidado y calidad de vida. También se observa una mejora en la utilización de servicios sanitarios relacionados con la enfermedad de base o su descompensación.
- d) Atención a los pacientes crónicos en situación de complejidad y modelos alternativos de atención:
- Habilitación en la historia clínica compartida de Cataluña (HCCC) para la identificación de las personas con necesidades complejas de atención.
 - El 100% de los territorios están implementando la ruta asistencial de atención a las personas en situación de complejidad.
 - Diseño e implementación del Pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC).
 - Se ha diseñado un modelo de estratificación de riesgo de toda la población catalana que se basa en la agrupación de la información de morbilidad, ingresos hospitalarios y consumo de farmacia.
 - En 8 territorios se ha empezado a desarrollar un modelo colaborativo de atención social y sanitaria de ámbito comunitario que ha de permitir compartir información de interés común y definir de forma conjunta indicadores transversales y comunes.
 - Se está introduciendo un nuevo modelo de atención en las residencias de personas mayores que incorpora diferentes elementos de mejora.
 - Se han definido los criterios de planificación en relación a las alternativas asistenciales a la hospitalización en el ámbito de atención a la cronicidad.
- e) Implantar programas de uso racional del medicamento:

- Se ha priorizado la revisión/conciliación de la medicación crónica, y particularmente la de los pacientes crónicos complejos (PCC), de forma sistemática, garantizando la adecuación de los planes de medicación.

3. Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP)

La ley de Salud Pública de Cataluña (18/2009) establece que el Plan Interdepartamental de Salud Pública (PINSAP) coordinado con el Plan de Salud, ha de ser la herramienta básica para desarrollar las acciones de salud pública en Cataluña y sus propuestas son vinculantes para el gobierno.

Para elaborarlo se constituyó una Comisión Interdepartamental de Salud por acuerdo de gobierno del 20 de noviembre de 2012, en la que estaban representados todos los departamentos del gobierno, liderada desde salud pública del Departament de Salut.

Además en el Departament de Salut se formó un grupo de trabajo que revisó las acciones sectoriales e intersectoriales que influyen la salud de la población de forma relevante por parte de cada departamento del gobierno, y en segundo lugar y con su participación y la de otros agentes sociales ha elaborado una propuesta de intervenciones.

3.1. Objetivos

Los objetivos del PINSAP son:

- Incorporar efectivamente la salud como uno de los ejes de la política gubernamental (salud en todas las políticas).
- Implicar a todos los departamentos del gobierno para que puedan capitalizar su influencia positiva sobre la salud.
- Mejorar la coordinación y promover sinergias que conlleven un incremento de la efectividad, la eficiencia y la equidad de las políticas intersectoriales sobre la salud y el bienestar.

El diseño de la propuesta se ha elaborado teniendo en cuenta el modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead que por su simplicidad permite una visualización fácil de la influencia de los diversos sectores de la sociedad sobre la salud de la población.

El modelo ha sido adaptado a la realidad actual con aportaciones referidas a las desigualdades sociales que influyen la salud, los efectos de la crisis en los ámbitos locales y los criterios del Instituto de Salud Urbana de la Universidad Johns Hopkins.

Se han tenido en cuenta en el modelo experiencias internacionales como la de California o la del Kings Fund. La elección de las intervenciones propuestas ha tenido en cuenta la factibilidad, el tratarse de medidas que los departamentos del gobierno responsables habían propuesto, el impacto potencial en la protección y la promoción de la

salud, y el valor añadido en cuanto a su alcance e intersectorialidad que incorpora su selección como actividades PINSAP horizonte 2020.

3.2. Actividades

Las actividades del PINSAP se desarrollan en dos dimensiones:

- Las que promueve cada uno de los departamentos en el ejercicio de su propia responsabilidad y competencias. La comisión interdepartamental en este caso procede al análisis de las actividades y servicios de cada departamento que tienen un impacto relevante sobre la salud de la población tanto en la promoción como en la protección de la salud.
- Nuevas actividades intersectoriales de promoción de la salud, sobre todo en el marco de las condiciones de vida y otros determinantes de la salud.

El PINSAP incorpora la perspectiva de género en su planteamiento y ha contado con el asesoramiento del Instituto Catalán de las Mujeres.

Se hizo un proceso de consulta en el que han participado 42 entidades de ámbito local, sociedades científicas y colegios profesionales, entidades del tercer sector y representantes de la ciudadanía.

Se han planteado un conjunto de 30 actuaciones interdepartamentales e intersectoriales concretas para el horizonte 2020, agrupadas en dos ejes y 14 ámbitos:

- Eje 1: Incrementar los años en buena salud de la población de Cataluña.
- Eje 2: Incorporar la visión de salud en el diseño y la evaluación de las políticas públicas.

Por otra parte se plantean 5 retos, que incluyen algunas actuaciones universales y otras específicas en colectivos prioritarios o en situación de especial vulnerabilidad:

1. Afrontar la epidemia de exceso de peso, tanto en población infantil como adulta.
2. Controlar las infecciones, con especial énfasis en las de transmisión sexual y el virus de la inmunodeficiencia humana.
3. Promover la salud mental y mitigar los efectos de la crisis económica sobre la salud, con especial atención a las desigualdades.
4. Reducir el impacto de las adicciones, sobre todo en personas jóvenes.
5. Aglutinar y promover el esfuerzo del país para mejorar el entorno, las condiciones de vida y trabajo y el trabajo intersectorial y en red sobre los determinantes estructurales y sociales de la salud.

3.3. Actuaciones

Hasta el momento se han implementado 11 actuaciones:

1. Ampliar la disponibilidad de alimentos saludables potenciando la opción de fruta fresca, fácil y de proximidad en los establecimientos de restauración.
2. Ampliar el acceso a una alimentación saludable a través del Proyecto AMED de restaurantes promotores de dieta mediterránea, con el objetivo de extenderlo a

- todos los comedores laborales de los hospitales del sistema público de Cataluña y al máximo número de restaurantes.
3. Impulso a la calidad sanitaria como criterio de prestigio de los alimentos destinados al mercado internacional.
 4. Mejorar la salud de la población ocupada mediante la creación de una marca de empresa promotora de la salud y su consideración en los contratos públicos.
 5. Mejorar las condiciones promotoras de salud en los edificios, sobre todo en los públicos.
 6. Impulsar el deporte para la promoción de la salud en adolescentes de riesgo.
 7. Promover la movilidad activa, comenzando por los caminos escolares y por la potenciación de líderes comunitarios.
 8. Promoción de la salud a través de la participación en actividades culturales: Ciclo Letras y Salud organizado en conjunción con la Institució de les Lletres Catalanes y la red de Centros Sanitarios Promotores de la Salud.
 9. Impulso a la realización de la prueba rápida del virus de la inmunodeficiencia humana en centros de atención primaria.
 10. Prescripción de actividades sociales y culturales en personas en situación de vulnerabilidad.
 11. Impulso a la salud comunitaria, trabajando conjuntamente los servicios de salud pública (municipal y autonómica), servicios asistenciales (principalmente de atención primaria), con el tercer sector y la comunidad en general.

4. Observatorio sobre los efectos de la crisis en la salud de la población

En diciembre de 2013 el gobierno de la Generalitat acordó impulsar la constitución de un observatorio, en el marco del Observatorio del Sistema de Salud de Catalunya, con el fin de conocer cómo está afectando la crisis económica en la salud de la población y cuáles son los grupos sociales con mayor riesgo para orientar las políticas sanitarias y las actuaciones impulsadas para paliar los efectos de la crisis.

Como primer paso el observatorio sobre los efectos de la crisis en la salud de la población ha realizado una selección de un conjunto de indicadores sobre los determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios que se han analizado para toda la población y para colectivos de riesgo.

El Observatorio sobre los efectos de la crisis continuará monitorizando la evolución de los principales indicadores de salud, de accesibilidad y de utilización de los servicios sanitarios en Cataluña.

A partir de los resultados, el Gobierno orientará las políticas sanitarias y articulará las actuaciones necesarias para mejorar los resultados en salud y garantizar la equidad en el acceso a unos servicios públicos de salud de calidad. (<http://observatorisalut.gencat.cat>).

5. Codi Infart

El Codi Infart es un proyecto de integración asistencial implementado en Cataluña en junio de 2009 con la finalidad de mejorar la atención y el tratamiento, durante la fase aguda, de los pacientes con sospecha de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST).

El programa Codi Infart se basa en la creación de una red multidisciplinar en la que participan diferentes centros y entidades, de diferentes niveles asistenciales, con la finalidad de integrar y coordinar la atención en la fase aguda del IAMEST.

La implantación de la red se ha traducido en unos resultados cuantificables que muestran una mejora significativa de la calidad de la atención de estos pacientes en términos de:

- Incremento en el porcentaje de personas con IAMEST que son reperfundidas.
- Incremento en el porcentaje de personas que reciben el mejor tratamiento disponible (angioplastia primaria).
- Incremento en el porcentaje de personas que reciben angioplastia primaria dentro de los intervalos de tiempo recomendados internacionalmente (menos de 120 minutos desde el primer contacto médico).
- Disminución de las diferencias territoriales en los indicadores de accesibilidad. La consecución de estos objetivos se ha visto acompañada una reducción de la mortalidad, tanto a los 30 días del episodio como al cabo de un año.

La fortaleza principal del Codi Infart es que la red se creó y se mantiene gracias a los acuerdos alcanzados por parte de todos los agentes implicados y que todos ellos participan en su gestión y seguimiento. Los criterios, protocolos de actuación y circuitos asistenciales han sido consensuados y el programa tiene un elevado grado de formalización.

El registro exhaustivo de casos, el plan de evaluación de la calidad y las auditorías han permitido evaluar los resultados del Codi Infart, detectando puntos de mejora y planificando acciones correctoras como lo fue, por ejemplo, en octubre de 2012 la ampliación a 12 horas de tres de los servicios de hemodinámica de los 10 hospitales que integran la red del Codi Infart.

Los resultados obtenidos a través del Codi Infart ejemplifican la importancia del impacto de las medidas organizativas por encima de las meramente estructurales.

6. Codi Ictus

El ictus es la primera causa de mortalidad en las mujeres catalanas, la tercera en los hombres y la principal causa de discapacidad médica o adquirida en el adulto.

El Codi Ictus es un sistema de emergencia que comprende la activación de una red de dispositivos asistenciales del sistema público de salud de Cataluña dirigidos a dar una atención inmediata a los pacientes con sospecha de ictus. El tratamiento depende del origen

isquémico (taponamiento de una arteria) o hemorrágico (rotura de una arteria) del ictus, por lo que es fundamental que el paciente llegue en el menor tiempo posible a un centro con capacidad técnica y tecnológica para diagnosticarlo y tratarlo.

Con el objetivo de reducir el tiempo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento adecuado a todos los pacientes candidatos, el Codi Ictus está basado en la cooperación entre los profesionales del Sistema de Emergencias Médicas (SEM) y los de la atención hospitalaria.

El Codi Ictus se implementó en el 2006 en 13 hospitales de agudos catalanes con la capacidad tecnológica para la detección y el tratamiento específico del ictus. Actualmente, la red de atención a los ictus isquémicos está compuesta por 25 hospitales, 14 de ellos son de referencia y los 11 restantes son comarcales con tecnología teleictus.

La implantación del TeleIctus 2.0 a partir de marzo de 2013 ha permitido que hospitales comarcales, conectados a sus centros de referencia, se añadan a la red de hospitales con capacidad para evaluar y tratar pacientes con ictus isquémico. La aplicación de este cambio tecnológico y organizativo mejora la accesibilidad de aquellos pacientes ubicados en áreas muy distantes a un hospital de referencia. Este servicio consta de un sistema de videoconferencia a través del cual el especialista en neurología vascular del hospital de referencia examina y evalúa al paciente en directo a la vez que revisa la imagen de la tomografía computada (TC). De esta manera, el neurólogo puede decidir instaurar el tratamiento trombolítico in situ y ganar tiempo. El paciente puede permanecer en el hospital comarcal o ser trasladado al de referencia según su estado clínico y la opinión del neurólogo experto.

El 6 de marzo de 2013 se aprobó la Instrucción 01/2013 del Servei Català de la Salut (CatSalut) sobre la ordenación y configuración del modelo organizativo y dispositivos para la atención inicial a la persona paciente con ictus isquémico agudo, que regula la actuación ante un paciente con ictus y establece los hospitales de referencia para la atención del paciente y su sectorización.

7. Codi Risc Suïcidi

De acuerdo a las recomendaciones de la OMS, también recogidas en el Plan de Acción de la Región Europea para los próximos años, el Departament de Salut ha priorizado la prevención del suicidio y está desarrollando la implantación del Codi Risc Suïcidi (CRS). Las políticas definidas pretenden disminuir la mortalidad, aumentar la supervivencia de la población atendida por conducta suicida y prevenir la repetición de tentativas autolíticas en pacientes de alto riesgo.

7.1. Objetivos

La activación de un código conlleva un conjunto de actuaciones asistenciales protocolizadas, dirigidas a personas en riesgo, que tienen los siguientes objetivos:

1. Definir un procedimiento de actuación específica urgente de todos los agentes sanitarios implicados, cuando se detecta un caso con alto riesgo de suicidio.
2. Implementar un procedimiento homogéneo de actuación para mejorar la seguridad de los pacientes atendidos por conductas suicidas en los servicios de urgencias hospitalarias y para potenciar la continuidad asistencial post-alta de todos los pacientes atendidos por conductas suicidas tanto en adultos como en menores.
3. Asegurar el seguimiento y vinculación a los centros de salud mental de los pacientes durante el período crítico después de la tentativa autolítica para prevenir la repetición (atención preferente en un plazo máximo de 10 días en caso de población adulta y 72 horas en población infantil y juvenil).
4. Asegurar desde cualquier punto de atención sanitaria una atención proactiva, adaptada al nivel de gravedad.
5. Seguimiento telefónico a los 30 días desde 061 CatSalut Respon o el equipo especializado de apoyo (EMSE) para valorar el estado de salud y su seguimiento desde el sistema sanitario.
6. Disponer de un registro sanitario de casos atendidos que permita el envío de información entre los dispositivos implicados y evaluar la efectividad del CRS en Cataluña.

7.2. Fases e implantación

El Codi Risc Suicidi consta de 3 fases:

Fase 1. ALERTA. Activación CRS desde el servicio de urgencias del hospital que atiende la persona por conducta suicida de alto riesgo.

Fase 2. Seguimiento proactivo por un centro especializado, una vez completada la atención hospitalaria, con cita previa y seguimiento telefónico.

Fase 3. Seguimiento integral preventivo del estado de salud, por parte de atención primaria o cualquier recurso sanitario.

En Cataluña se ha implantado el Codi Risc Suicidi en el 40% del territorio.

8. Proyecto Essencial. Añadiendo valor a la práctica clínica

Para contribuir a la mejora de la calidad de la atención sanitaria y favorecer la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario, en marzo de 2013 se creó el "Proyecto Essencial. Añadiendo valor a la práctica clínica", promovido por l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS) con el apoyo del Departament de Salut y de la Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.

El Proyecto Essencial es una iniciativa que identifica prácticas clínicas de poco valor y elabora recomendaciones para evitarlas, bien porque no hay evidencia científica sobre su efectividad, o hay evidencia sobre su ineffectividad, bien porque el riesgo es superior a los beneficios o hay alternativas más efectivas a un coste similar. La mayor parte de las

recomendaciones hacen referencia a prácticas relacionadas con situaciones de sobreutilización de pruebas diagnósticas y tratamientos, tanto en prevención primaria como secundaria de tratamientos médicos y quirúrgicos y de rehabilitación.

El Proyecto Essencial se alinea con iniciativas internacionales como la lista de recomendaciones 'Do not do' del NICE o la campaña "Choosing Wisely". Comparte con estas experiencias la promoción de la práctica clínica basada en la evidencia y la colaboración estrecha con las sociedades científicas en la identificación de las prácticas clínicas rutinarias de poco valor. Sin embargo, a diferencia de las iniciativas anteriores, para el Proyecto Essencial es tan importante identificar prácticas clínicas como implementar las recomendaciones para evitarlas en los centros sanitarios y evaluar su impacto en la práctica clínica.

Desde el inicio del proyecto y en colaboración con 15 sociedades científicas se han publicado 27 recomendaciones (<http://essentialsalut.gencat>). Cada recomendación se acompaña de una ficha explicativa para profesionales y de un vídeo en que el profesional contextualiza la recomendación. También se han elaborado fichas para pacientes por su implicación en la demanda, en ocasiones, de intervenciones innecesarias. Paralelamente a la elaboración de recomendaciones se lleva a cabo una intensa campaña de comunicación y actualmente se está colaborando con centros piloto de atención primaria para su implementación.

El proyecto Essencial realiza una evaluación anual de un conjunto de indicadores relacionados con las recomendaciones propuestas. Una parte de estos resultados han sido publicados en la Central de Resultados (<http://observatorisalut.gencat.cat>).

9. La Central de Resultados del sistema sanitario catalán

Es uno de los proyectos estratégicos del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, y tiene la misión de medir, evaluar y difundir los resultados obtenidos en el ámbito de la asistencia sanitaria por los integrantes del sistema sanitario de Cataluña para facilitar una toma de decisiones con responsabilidad compartida al servicio de la calidad de la atención sanitaria prestada a los ciudadanos.

Aunque sus orígenes se remontan a los años 90, no es hasta el año 2003 que se crea formalmente la Central de Resultados. A finales del año 2008 se aprobaron las bases de su sistema de información y una primera batería de indicadores consensuada por los agentes del sistema. Desde entonces se han publicado 4 informes anuales con los indicadores seleccionados (2008, 2009, 2010 y 2011) y desde el año 2012 se publican informes de ámbitos específicos (atención primaria, atención hospitalaria, atención sociosanitaria y ámbito de salud mental y adicciones) identificando nominalmente a los centros prestadores de servicios. En Junio de este año se añadió el informe del ámbito de investigación en ciencias de la salud.

Estos informes tienen el objetivo de presentar un conjunto de indicadores de calidad de la atención de los centros del sistema sanitario catalán, tanto aquellos en los que participa

la Generalitat de Catalunya (Institut Català de la Salut, empresas públicas y consorcios) como del resto de centros que, voluntariamente, se han adherido a este ejercicio de transparencia y rendición de cuentas.

Los indicadores se presentan agrupados en temas (atención centrada en el paciente, efectividad, adecuación, seguridad, eficiencia, sostenibilidad, e investigación y docencia) e identificando la unidad proveedora de servicios (es decir, se identifican cada uno de los centros). Los resultados se acompañan de las experiencias de algunos de los centros con mejores resultados y con la opinión de personas expertas en cada uno de los temas tratados. Además todos los informes cuentan también con una versión para la ciudadanía, que facilita la difusión de los principales resultados a las personas usuarias menos profesionalizadas, y están traducidos al español y al inglés.

La Central de Resultados continúa siendo una iniciativa pionera en el estado español y está alineada con los países más adelantados en políticas de transparencia y rendición de cuentas. En relación con esto, vale la pena mencionar que según la organización no gubernamental Transparency International, Cataluña lidera el ranking de transparencia de las comunidades autónomas, con una puntuación de cien puntos sobre cien. Esto es el resultado de un cambio de mentalidad en la administración y uno de los ejes de gobierno prioritarios de esta legislatura. El gobierno de la Generalitat apuesta por la máxima transparencia y rendición de cuentas en su acción de gobierno y por garantizar el acceso efectivo a la información pública.

De hecho, con la finalidad de concretar estas líneas de actuación ha creado una página web sobre transparencia (<http://transparencia.gencat.cat/>).

Además, los datos contenidos en los informes se ponen también a disposición de los usuarios en un conjunto de tablas dinámicas que permiten a los usuarios interactuar para la consulta y el análisis de datos de acuerdo a sus necesidades y preferencias. También se ha desarrollado la aplicación informática que permite consultar los indicadores de la Central de Resultados a los profesionales del sector sanitario. Finalmente, en coherencia con el compromiso de fomentar la utilización de datos procedentes de la administración, los datos de los informes se publican en formatos estándar en la página web de datos abiertos de la Generalitat de Catalunya (<http://dadesobertes.gencat.cat>).

Todos estos informes pueden encontrarse en la página web del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña (<http://observatorisalut.gencat.cat>).

10. Compra pública innovadora y riesgo compartido

El creciente desarrollo de la innovación incrementa la necesidad de gestionar correctamente su acceso y ponerla a disposición de los ciudadanos garantizando la equidad. En su gestión intervienen una serie de elementos que deben considerarse de acuerdo con el valor añadido que aportan: la preservación de la sostenibilidad económica, la inclusión de la innovación en los diferentes ámbitos a los que va dirigida, los posibles interlocutores implicados en su acceso, la propia definición de las vías de acceso, la posible interacción y/o afectación a otros

ámbitos más allá del que se presenta o el alcance final que puedan suponer a medio plazo en el sistema sanitario.

10.1. Modelo y ámbitos de especial interés

Para dar respuesta a estos requerimientos se consideró necesario el desarrollo de un “Modelo innovador en la adopción y evaluación de instrumentos para la mejora de la eficiencia en la prestación de servicios sanitarios” que garantizará el correcto tratamiento de la evaluación y la adopción de las propuestas de instrumentos que se presenten y a disposición del sistema sanitario.

Los ámbitos de especial interés que cubre el modelo son el ámbito del medicamento, la farmacia y la prestación farmacéutica; el ámbito de las tecnologías de la información y la comunicación; el ámbito de la compra pública innovadora y el ámbito de la contratación de servicios sanitarios.

El ámbito de la compra pública innovadora reúne aquellas actuaciones administrativas de fomento de la innovación orientadas a potenciar el desarrollo de nuevos mercados innovadores desde la demanda mediante los instrumentos de la contratación pública. Se han considerado básicamente tres instrumentos: la compra pública de tecnología innovadora, la compra pública pre-comercial y la innovación en los procesos de compra.

10.2. Compra pública innovadora en esquemas internacionales

Más allá de los proyectos de compra pública innovadora en esquemas básicamente nacionales, se ha procedido desde la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQuAS) al desarrollo de proyectos de compra pública innovadora en esquemas internacionales, con procesos de contratación conjuntos entre instituciones públicas de distintos países miembros de la Unión Europea bajo el marco de financiación del 7 Programa Marco o del Horizonte 2020.

En esta nueva tipología de procesos de licitaciones internacionales coordinados, AQuAS dispone de una situación de liderazgo a nivel internacional con la participación y coordinación de proyectos como:

- DECIPHER (Distributed European Community Individual Patient Healthcare Electronic Record)
http://aquas.gencat.cat/ca/projectes/innovacio_projectes_internacionals/compra_publica_innovadora/decipher/
- INSPIRE (International Network Supporting Procurement of Innovation via Resources and Education)
http://aquas.gencat.cat/ca/projectes/innovacio_projectes_internacionals/compra_publica_innovadora/inspire/
- UNWIRED Health(Innovation in mobile ICT solutions)

<http://www.ticsalut.cat/actualitat/flashticsalut/article/1/la-fundacio-ticsalut-coordinara-a-nivell-europeu-el-projecte-unwired-health>

- THALEA (Highly interoperable telemedicine-platform developed for detection of ICU-patients at increased risk)

http://aguas.gencat.cat/ca/projectes/innovacio_projectes_internacionals/compra_publica_innovadora/thalea/

- ENIGMA (Innovative solutions for cities using next generation of ICT applications)

http://cordis.europa.eu/fp7/ict/pcp/projects_en.html

- STOP and GO (Sustainable Technologies for Older People – Get Organised)

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AMED: Alimentación Mediterránea

AQuAS: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries

C

CatSalut: Servei Català de la Salut

CRS: Codi Risc Suïcidi

D

DECIPHER: Distributed European Community Individual Patient Healthcare Electronic Record

H

HCCC: Historia Clínica Compartida de Cataluña

I

IAMEST: Infarto Agudo de Miocardio con Elevación del segmento ST

INSPIRE: International Network Supporting Procurement of Innovation via Resources and Education

ICT: Information Communication and Technology

N

NICE: Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica

O

OMS: Organización Mundial de la Salud

Informe anual
del Sistema Nacional
de Salud 2013
Comunidad Valenciana



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	4
Resumen	5
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	6
1. Acciones estratégicas encaminadas a la mejora de la calidad	6
1.1. Sistemas de Información	6
1.2. Acciones llevadas a cabo en el ámbito de atención primaria para el logro de objetivos de calidad del sistema	6
1.3. Celebración de la V Jornada de gestión sanitaria, calidad asistencial y seguridad del paciente de la Comunitat Valenciana	7
1.4. Encuesta de opinión del paciente 2013	7
1.5. Mantenimiento de la calidad en los Centros de Salud Pública ya acreditados	8
1.6. Programa de prevención de cáncer colorrectal	8
1.7. Plan estratégico de envejecimiento activo	10
1.8. Desarrollo del programa de prevención de riesgo biológico	10
1.9. Web CuidateCV	10
1.10. Edición, difusión e implementación de la Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas (incluida en el catálogo de Guíasalud)	11
2. Acciones estratégicas encaminadas a la mejora de la efectividad	12
2.1. Sistemas de Información	12
2.2. Salud Mental	12
2.3. Disminuir los eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria	13
2.4. Formularios de prescripción de medicamentos en situaciones especiales del sistema GAIA	15
2.5. Protocolos de atención sanitaria específica en centros docentes de educación obligatoria y de educación especial.	16
2.6. Cartera de servicios de educación para la salud en la escuela	16
3. Acciones estratégicas encaminadas a la mejora de eficiencia	16
3.1. Sistemas de Información: Implantación de Orion-Clinic en los hospitales de la Conselleria de Sanidad	16

3.2.	Incorporación de nuevos sistemas de información: Cuadros de Mandos.....	17
3.3.	Abordaje de la cronicidad.....	17
3.4.	Desarrollo de la gestión de casos.....	17
3.5.	Hospital a Domicilio 2013	18
3.6.	Cuidados paliativos.....	19
3.7.	Desarrollo de herramientas en el ámbito del trabajo social sanitario.....	20
3.8.	Avances en el sistema de gestión económica y logística en todos los centros de gasto de la Conselleria de Sanidad a partir del aplicativo Orión Logis	20
3.9.	Concursos de servicios generales y central de compras	21
3.10.	Avances en la medida del producto sanitario y de los costes asociados.....	21
3.11.	Programa de Revisión y Seguimiento de la Farmacoterapia (Programa REFAR).....	22
3.12.	Protocolos de decisión clínica para el manejo y prescripción de las patologías más prevalentes.....	22
3.13.	Programa de Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y/o Económico (PAISE)	23
3.14.	Implantación del Programa informático "RESI" para la mejora de la gestión de productos sanitarios en centros socio-sanitarios	23
3.15.	Ampliación y centralización pruebas de cribado neonatal	24
3.16.	Edición, divulgación e implementación del Plan de actuación para la reperusión en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. "Código Infarto"	24
3.17.	Donación y trasplante de órganos.....	24
4.	Acciones estratégicas encaminadas a la sostenibilidad del Sistema Sanitario	25
4.1.	Sistemas de Información	25
4.2.	Actividad concertada.....	25
4.3.	Recursos humanos.....	25
4.4.	Acciones sobre el gasto de personal (capítulo I)	26
4.5.	Acciones sobre los ingresos y la facturación presencial de servicios sanitarios	26
4.6.	Desarrollo de Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral (SISVEL)	27
	Índice de tablas.....	28

Abreviaturas, acrónimos y siglas29

Demografía y entorno económico

	Comunitat Valenciana	España	Fuente
Población	4.967.019	46.593.236	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	49,5	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	50,5	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	15,3	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	66,8	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	17,9	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	8,9	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	6,3	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

Durante el ejercicio 2013, la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana ha apostado por el desarrollo y la consolidación de las iniciativas que se venían realizando, así como la incorporación de nuevas líneas de trabajo tendentes a mejorar la calidad asistencial, en todas las áreas de su competencia y ayudar al sostenimiento del sistema.

Unas de las áreas de mayor peso y desarrollo, ha sido la correspondiente a los Sistemas de Información, como herramienta de ayuda a la gestión clínica y a su vez, a la gestión económica. Respecto a la primera, se han desarrollado sistemas que permiten una mejor interconexión de la información entre atención primaria y especializada tendentes a conseguir una historia clínica electrónica única, así como mejoras en los sistemas de prescripción electrónica con la incorporación de nuevas guías clínicas y protocolos de decisión clínica para el manejo y prescripción de las patologías más prevalentes.

En cuanto a la gestión económica, se ha completado la implantación de la aplicación corporativa Orión Logis que permite la gestión integral de la contratación administrativa, compras y almacenes, facturación, activos fijos y mantenimiento. Así mismo, se han desarrollado herramientas de gestión con diversos cuadros de mandos y consolidación del sistema de Acuerdos de Gestión.

También se han consolidado la implantación de diversos programas de salud como el de prevención de cáncer colorrectal, prevención de riesgo biológico, plan estratégico de envejecimiento activo, etc. y se está completando la implantación de atención a la cronicidad.

Todo ello, sin perder de vista la necesidad de que el sistema sanitario público sea un sistema sostenible. Para ello se ha realizado un gran esfuerzo para que todas las acciones ejecutadas se encuentren dentro de un marco de contención del gasto, pero que a su vez, no suponga una merma en la prestación sanitaria.

1. Acciones estratégicas encaminadas a la mejora de la calidad

1.1. Sistemas de Información

Los sistemas de información sanitarios han sufrido muchas evoluciones, sin embargo, todas ellas han sido cambios naturales y mejoras incrementales. Utilizando los conceptos del mundo de la calidad se podría calificar como un proceso de "mejora continua".

En el momento actual están confluyendo una serie de cambios de fondo orientados a dar más calidad a los procesos asistenciales que pasamos a enumerar:

- Botón de acceso a la historia clínica del hospital desde la historia clínica de atención primaria. El personal facultativo dispone de acceso a un conjunto de información más amplio al de su ámbito.
- Botón de acceso a la historia de atención primaria desde la historia del hospital. El personal facultativo dispone de acceso a un conjunto de información más amplio al de su ámbito.
- Centralización de toda la imagen médica en un único repositorio.
- Un único sistema de información para los laboratorios.

1.2. Acciones llevadas a cabo en el ámbito de atención primaria para el logro de objetivos de calidad del sistema

En el ámbito de atención primaria se han establecido líneas de actuación encaminadas a aumentar la capacidad resolutoria de los médicos de familia y pediatras poniendo al alcance de los profesionales:

1. Herramientas y técnicas para disminuir la derivación a las consultas de atención ambulatoria especializada.
2. Acceso por parte de los facultativos de atención primaria a las pruebas complementarias diagnósticas con los mismos criterios exigibles a cualquier especialista hospitalario.
3. Promover el desplazamiento y/o la interconsulta entre los especialistas de ambos niveles.
4. Elaboración e implantación de guías clínicas e impulsar los intercambios de información sobre buenas prácticas; con el objetivo de mejorar la práctica clínica haciéndola más efectiva, segura y coste efectiva.

1.3. Celebración de la V Jornada de gestión sanitaria, calidad asistencial y seguridad del paciente de la Comunitat Valenciana

Foro anual que permite el intercambio de iniciativas y experiencias en materia de calidad y seguridad asistencial entre profesionales de la Comunitat Valenciana.

En 2013:

- Inscripciones: 837 (545 directas y 287 institucionales).
- Seguimiento por videoconferencia: 115.
- Aportaciones recibidas: 53 (100% aceptadas).

1.4. Encuesta de opinión del paciente 2013

Encuesta dirigida a pacientes atendidos en el Sistema Sanitario Público Valenciano.

Abarca a pacientes atendidos en hospitales (hospitales de agudos y hospitales de atención a pacientes crónicos y de larga estancia (HACLE) y en centros de salud y consultorios auxiliares. En los hospitales de agudos se distingue entre pacientes ingresados en plantas de medicina, cirugía, obstetricia y pediatría; también a pacientes atendidos en los servicios de urgencias y en los servicios de atención e información al paciente.

A partir de los resultados obtenidos se detectan áreas de mejora que permiten implementar acciones para mejorar la calidad y seguridad de la asistencia, así como la calidad percibida.

En 2013 se han obtenido 9.310 encuestas válidas. El 99% de los pacientes encuestados considera positivo el conjunto de atenciones recibidas (la atención ha sido adecuada, buena o muy buena), más de la mitad (51%) se considera muy satisfecho con la atención recibida y el 1,5% insatisfecho.

El 91,2% de pacientes atendidos en hospitales de agudos, el 83,9% de los atendidos en atención primaria y el 96% de los atendidos en HACLEs (Hospitales de atención a pacientes crónicos y de larga estancia) están satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida.

Las acciones emprendidas han consistido en difusión de resultados a directivos y profesionales e impulsar la formación de los profesionales en derechos de los pacientes y en buenas prácticas en seguridad del paciente.

Tabla 1.1. Porcentaje de satisfacción del paciente según modalidad de atención

Satisfacción/modalidad	Hospital	Atención Primaria	HACLES
Satisfechos y muy satisfechos	91,2	83,9	96
Muy satisfechos	58,2	40,9	68
Insatisfechos	0,7	1,7	1,5
La atención ha sido igual, mejor o mucho mejor de lo esperado	98,9	98,3	97,8

Observación: HACLES – hospitales de atención a pacientes crónicos y de larga estancia.
Fuente: Encuesta de Opinión del Paciente de la Comunitat Valenciana 2013. Elaboración propia.

Tabla 1.2. Porcentaje de pacientes que contestan afirmativamente

Ítems	(%)
Se le aplica pulsera identificativa	90,0
Se pregunta medicación previa al ingreso	79,2
Cuidados y tratamiento para el dolor	91,9
Ser escuchado y tenida en cuenta su opinión	93,3
Se le ofrecen alternativas	70,0
Aclarar dudas	95,8
Cuidados medicación casa	85,2
Tiempo adecuado en consulta de atención primaria	84,6
Información proporcionada por el médico en atención primaria	89,2

Fuente: Encuesta de Opinión del Paciente de la Comunitat Valenciana 2013. Elaboración propia.

1.5. Mantenimiento de la calidad en los Centros de Salud Pública ya acreditados

La Salud Pública Valenciana tiene una vertebración en todo su territorio que se materializa en 16 Centros de Salud Pública, esos centros para dar la máxima calidad de servicio a la sociedad están certificados desde 2011 en excelencia en calidad, manteniendo en la actualidad los estándares logrados.

1.6. Programa de prevención de cáncer colorrectal

El Programa de prevención de cáncer colorrectal de la Comunitat Valenciana se puso en marcha a finales del 2005. En el año 2013, la población cubierta llegó a 612.081 personas de edades comprendidas entre los 50 y 69 años, lo que supone el 55,7% del total de la población diana de la Comunitat Valenciana. A finales del 2014, el programa, se habrá puesto en marcha en todos los departamentos de salud, alcanzando el 100% de cobertura territorial (1.097.536 personas de 50 a 69 años).

Tabla 1.3. Evolución de la implantación del Programa de cáncer colorrectal por departamentos de salud de la Comunitat Valenciana. Año 2013 y previsión futura

Año inicio	DEPARTAMENTOS	POBLACIÓN DIANA (50-69)
2005-06 (10,66%)	LA FE-07	45.545
	SAGUNTO-04	32.795
	DENIA-13	38.642
2008 (16,00%)	CASTELLON-H. G.-02	58.656
2010 (28,45%)	LA RIBERA-11	56.473
	TORREVIEJA-22	37.700
	MANISES-23	42.421
2012 (40,18%)	LA PLANA-03	38.751
	H. PESET-10*	36.571
	ALICANTE H.G.-19	53.412
2013 (55,77%)	ELX-CREVILLEN-24	34.238
	ELX H. G.-20	35.016
	REQUENA -08	12.385
	BENIDORM-16	43.658
	ELDA-18	45.818
2014 (96,28%)	H. CLINICO-05*	31.444
	H. GENERALVAL-09	74.751
	ALCOI-15	34.046
	XATIVA-14	47.551
	GANDIA-12	41.561
	H. SAN JUAN-17	51.864
	ORIHUELA-21	33.700
	ARNAU-06	68.797
	VINAROZ-01	21.636
H. PESET-10*	39.295	
2016 (100%)	H. CLINICO-05*	40.810
Total		1.097.536

Observaciones: * (ampliación 50-59 cuando se inicie a partir de los 60 años).

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Comunitat Valenciana.

Tabla 1.4. Indicadores básicos del Programa de prevención de cáncer colorrectal de la Comunitat Valenciana 2012

INDICADOR	2012	2013 (*)
Personas invitadas (válidas)	150.822	253.836
Tasa de participación en el programa de detección precoz de cáncer de colon (%)	41,4	34,1
Proporción de test de sangre oculta en heces positivo (%)	6,7	6,2
Tasa de detección de adenomas de alto riesgo y medio (adenoma avanzado) (‰)	20,2	19,3
Tasa de detección de cáncer invasivo colorrectal (‰)	3,9	3,0

Observaciones: (*) Datos provisionales.

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Comunitat Valenciana.

1.7. Plan estratégico de envejecimiento activo

La estrategia de envejecimiento activo de la Comunitat Valenciana, puesta en marcha en 2013 por la Conselleria de Sanitat, representa un marco de referencia dirigido a los ciudadanos y a los profesionales, tanto sanitarios como sociosanitarios, del sector público o privado, donde se estructuran actuaciones, programas y recursos dirigidos a conseguir que los ciudadanos de la Comunitat envejecan de la forma más activa, segura y saludable posible, reduciendo así la carga de dependencia y discapacidad que sufren las personas mayores.

1.8. Desarrollo del programa de prevención de riesgo biológico

El Programa de prevención de riesgo biológico en trabajadores sanitarios de la Comunitat Valenciana, desarrolla tres líneas de actuación:

1. La introducción de materiales con mecanismos de seguridad.
2. La formación y sensibilización del personal de enfermería.
3. La creación de un sistema de vigilancia de las exposiciones ocupacionales accidentales a agentes biológicos.

En el año 2013 se recibieron un total de 1.692 notificaciones de accidentes biológicos ocurridos a los trabajadores sanitarios. La conversión del material convencional a bioseguridad, que se está llevando a cabo, es una medida que tendrá un gran impacto en la prevención de este tipo de accidentes.

1.9. Web CuidateCV

La Comunitat Valenciana, ha desarrollado la web de promoción de la salud, www.cuidatecv.es y durante el año 2013 ha incrementado, siempre con un enfoque interactivo su oferta informativa, mediante vídeos, juegos, herramientas y material escrito. Esta página se activa también socialmente a través de las redes, su blog participativo, y sus

propuestas de concursos y actividades con la comunidad. Es una apuesta avanzada por las nuevas tecnologías de la comunicación en un mundo interactivo y globalizado.

1.10. Edición, difusión e implementación de la Guía de Práctica Clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas (incluida en el catálogo de Guíasalud)

1.10.1. Plan de difusión de la Guía de Sanidad en la Comunitat Valenciana, ámbito nacional e internacional

Mediante Jornadas y seminarios en la Conselleria, los departamentos de salud, canales de difusión de los colegios profesionales y universidades, páginas Web, etc. Participación en actos de 8 Comunidades Autónomas y en 6 actos en el ámbito internacional.

1.10.2. Elaboración del Plan de implementación de la Guía para el contexto de la Comunitat Valenciana, así como las directrices y metodología para su adaptación en el contexto local.

1.10.3. Creación de un portal colaborativo específico Col.laboraUPP.

Portal cuyo objetivo es compartir recursos y experiencias entre los profesionales de los departamentos de salud y Hacles, así como realizar el seguimiento del plan de implementación. Tienen acceso a este portal 450 profesionales.

1.10.4. Talleres de formación para los miembros de las Comisiones de Atención y Cuidados en la Prevención del Deterioro de la Integridad Cutánea (CATIC)

El objetivo de estos talleres es formar para actuar después como formadores en el departamento de salud. Se han realizado 14 talleres con un total de 439 asistentes. Actividad reconocida por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con 1,9 créditos.

1.10.5. Modificación de la historia electrónica Sistema de Información Ambulatoria (SIA-Abucasis)

Se ha realizado una adaptación del patrón nutricional-metabólico de la historia electrónica a terminología y clasificación de las heridas de la Guía. También se ha incorporado la Escala o Índice RESVECH 2.0.

1.10.6. Sensibilización y toma de conciencia de la presencia de Úlceras Por Presión (UPP) en pediatría por todas las CATIC de la Comunitat Valenciana, asociaciones de pacientes, estudiantes universitarios de ciencias de la salud, población en general.

1.10.7. Jornada de prevención de úlceras por presión y “Declaración de Valencia sobre prevención de úlceras por presión”.

El objetivo de la Jornada fue promover la cultura de la prevención entre todos los implicados: pacientes, profesionales, instituciones y sociedad en general.

Firmaron la adhesión a la “Declaración de Valencia” los representantes de diversas asociaciones de pacientes y sociedades científicas ; Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana (CECOVA) en representación de los Colegios de Enfermería de Castellón, Valencia y Alicante; Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Comunitat Valenciana ; Colegio Oficial de Médicos de Valencia y la Conselleria de Sanitat y mostraron su adhesión representantes de la sociedad civil como el Rector de la Universitat Politècnica de Valencia, el Rector de la Universitat de Valencia, el presidente del CECOVA, la Asociación de Veteranos del Valencia Club de Fútbol, D. Santiago Sanz, atleta paralímpico y D. Fernando Delgado, periodista y escritor.

2. Acciones estratégicas encaminadas a la mejora de la efectividad

2.1. Sistemas de Información

2.1.1. Marcaje de cronicidad a los pacientes de la Comunitat Valenciana

Los nuevos modelos de gestión de la cronicidad han demostrado la necesidad de un modelo mucho más proactivo. En aras de ser más efectivos, se inician los trabajos en este área ya que, hoy por hoy, son una de las causas que más impactan en el coste de los servicios asistenciales.

2.1.2. Posibilidad de acceso a la unión de la información asistencial generada en más de un centro sanitario gestionado con la aplicación Orion-Clinic (Historia clínica electrónica en el ámbito hospitalario y de la atención especializada)

Desde una estación clínica el facultativo cuando accede a consultar la historia de su paciente accede a la generada en su centro y en la de otros centros sin necesidad de acciones por parte del personal clínico.

2.2. Salud Mental

En 2013 se crea la Comisión Técnica de Salud Mental de la Comunitat Valenciana que impulsará, desarrollará y evaluará aquellas actuaciones que sean más relevantes en materia

de Salud Mental. Son funciones de la Comisión Técnica de Salud Mental de la Comunitat Valenciana las siguientes:

- Impulsar el desarrollo, coordinar, y evaluar las actuaciones necesarias en materia de salud mental.
- Proponer a los órganos superiores de la Administración Sanitaria, áreas de intervención que incidan en una mejora de la salud mental.
- La recopilación de todos aquellos datos e informes que, referidos a la salud mental, se encuentren en el marco competencial de la Conselleria de Sanitat.
- Monitorizar la aplicación de la cartera de servicios de Salud Mental, y su coordinación y planificación en los departamentos de salud.
- Evaluar y monitorizar la actividad asistencial de salud mental en los departamentos de Salud.
- Establecer aquellos vínculos que se consideren convenientes para optimizar la coordinación intra e interinstitucional.
- Analizar aquellos casos singulares de alta complejidad que no hayan podido resolverse en cada uno de los Departamentos de Salud.
- Proponer actividades formativas y analizar las que puedan recibirse.
- Proponer iniciativas investigadoras y analizar aquellas que puedan realizarse.
- Mantener las relaciones de carácter técnico que puedan producirse con el Ministerio de Sanidad y/o con otras instituciones o CCAA.
- Otras que pudieran serle encomendadas.

2.3. Disminuir los eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria

2.3.1. Plan de Gestión de la Seguridad del Paciente de la Comunitat Valenciana, 2009-2013

En este periodo disminuyó la prevalencia de eventos adversos (EA) ligados a la asistencia sanitaria (7% en 2010; 4,1% en 2013), el porcentaje de EA evitables respecto del total de EA (67,5% en 2010; 47,1% en 2013) y la tasa de infección nosocomial que pasó del 5,9% en 2010 a 4,9% en 2013.

Tabla 2.1. Resultados del Plan de Gestión de la Seguridad del Paciente de la Comunitat Valenciana, 2009-2013

CONCEPTO	2010	2013
	CV (%)	CV (%)
Tasa de eventos adversos ligados a la asistencia sanitaria (EPIDEA)*	7,0	4,1
Porcentaje de eventos adversos evitables (EPIDEA)*	67,5	47,1
Tasa de infección nosocomial (EPINE)**	5,9	4,9

Fuente: *Estudio EPIDEA: Informe Comunitat Valenciana realizado para la Conselleria de Sanitat por Jesús Aranaz Andrés. Servicio de Medicina Preventiva. Departamento Sant Joan d'Alacant y Universidad Miguel Hernández de Elche.

**Estudio EPINE: fuente Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Datos Comunitat Valenciana cedidos directamente.

2.3.2. Consolidación de la adopción de prácticas seguras en la asistencia sanitaria (higiene de manos, cirugía segura, participación en los proyectos BacteriemiaZero y NeumoníaZero, prevención úlceras por presión, entre otras).

2.3.3. Implantación definitiva del Sistema de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos (SINEA)

La declaración es voluntaria y anónima y su finalidad es no punitiva sino dirigida a “aprender de los errores” y cualquier profesional del Sistema Sanitario Público Valenciano puede acceder al sistema. En cada hospital hay uno o varios responsables del sistema cuya misión es la de revisar todas las notificaciones habidas y la de impulsar las acciones que procedan.

Tabla 2.2. Sistema de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos (SINEA)

Sistema de notificación de incidentes y eventos adversos	Notificaciones
Categorías del evento adverso sobre el paciente /Nº notificaciones/periodo	Año 2013
Complicaciones de los cuidados	277
Infección relacionada con la asistencia	11
Efectos de la medicación o productos sanitarios	141
Complicaciones de un procedimiento	25
Otros	22
Ningún efecto	52
Sin clasificar	324
Total notificados	852

Fuente: Datos extraídos de la aplicación informática. Conselleria de Sanitat.

2.4. Formularios de prescripción de medicamentos en situaciones especiales del sistema GAIA

Con el fin de analizar el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios en situaciones especiales, y evaluar aquellas situaciones clínicas en las que se requiere la utilización de medicamentos registrados en condiciones distintas a las autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, se crea la Comisión Asesora de Utilización de Medicamentos en Situaciones Especiales (CAUME) que promueve la elaboración de protocolos de utilización de este tipo de medicamentos.

Para casos en los que no existen alternativas fármaco-terapéuticas comercializadas o autorizadas que sean apropiadas para tratar a un paciente individual para una cierta indicación, se elaboran documentos de consulta denominados resúmenes REMFI (Resumen de la Evidencia de Medicamentos Fuera de Indicación de Ficha Técnica).

En 2013 se han elaborado 7 resúmenes REMFI de los siguientes medicamentos: dabigatrán, ciclosporina, azatioprina, ciclosporina, micofenolato de mofetilo, tacrólimus y antiulcerosos y procinéticos.

A través de los formularios de prescripción de medicamentos en situaciones especiales del sistema GAIA, en 2013 se han prescrito informáticamente 31.790 tratamientos sin visado y 7.509 con visado.

A continuación se indican los principios activos con mayor número de prescripciones realizadas en 2013 a través de estos formularios.

Tabla 2.3. Principios activos con mayor número de prescripciones realizadas en 2013 a través de los formularios de prescripción de medicamentos en situaciones especiales del sistema GAIA

Principio Activo	Sin visado	Principio activo	Con visado
Quetiapina	6.639	Quetiapina	3.180
Trimetazidina	4.702	Micofenólico ácido	943
Tacrolimus (dermatología)	1.843	Clopidogrel	694
Pimecrolimus	1.503	Ciclosporina	312
Doxazosina	1.344	Tacrolimus (inmunosupresor)	205
Paliperidona	1.033	Dabigatran	199
Naproxeno + Esomeprazol	847	Risperidona	158
Risperidona	824	Rivaroxaban	146
Aripiprazol	747	Lactulosa	108
Sulodexida	693	Olanzapina	103

Fuente: Gestor de la Prestación Farmacéutica (GAIA). Conselleria de Sanitat.

2.5. Protocolos de atención sanitaria específica en centros docentes de educación obligatoria y de educación especial

El mantenimiento de la salud de los alumnos en los centros docentes y su coordinación con el sistema sanitario, está regulado normativamente en la Comunitat Valenciana, a través de la Ley 8/2008, de 20 de junio, de la Generalitat, de los Derechos de Salud de Niños y Adolescentes y por la Orden de 29 de julio de 2009, de la Conselleria de Sanidad, por la que desarrolla los derechos de salud de niños y adolescentes en el medio escolar.

La Conselleria de Sanitat, junto con la Conselleria responsable de Educación, ha creado a través de la Comisión Mixta de salud, protocolos para garantizar estas prestaciones. Dichos protocolos serán revisados conforme los recursos sanitarios asignados sean incrementados.

2.6. Cartera de servicios de educación para la salud en la escuela

Las actividades de promoción de la salud y prevención repercuten directamente a corto, medio o largo plazo en la salud de las personas y sus necesidades asistenciales. La etapa infanto-juvenil resulta de elección para muchas de estas iniciativas. La Conselleria de Sanitat junto con la Conselleria competente en Educación, han desarrollado una cartera de servicios de educación para la salud en la escuela, que de forma dinámica, recoge las principales ofertas que tienen los centros docentes, desarrollándose de forma más amplia en el catálogo correspondiente. Muchos de los programas que recoge, requieren la participación de profesionales asistenciales de salud, a los que se les forma adecuadamente en ellos, así como criterios de asistencia cuando se detectan problemas de salud. La información se encuentra recogida en www.sp.san.gva.es y en www.cece.gva.es/eva/es/inno_colaboraotras.htm

3. Acciones estratégicas encaminadas a la mejora de eficiencia

3.1. Sistemas de Información: Implantación de Orion-Clinic en los hospitales de la Conselleria de Sanidad

Orion-CLINIC es la historia electrónica de los hospitales, es un desarrollo propio que está implantado en tres hospitales y que en este momento está en fase de expansión y se va implantar en todos los departamentos. Se cubren las áreas completas de urgencias, hospitalización, consultas externas, quirófanos, obstetricia, gestor de solicitudes, planes de cuidados, vías clínicas, prescripción,... Además esta implantación se está haciendo con la visión departamental integrando en la medida de lo posible la información de primaria y especializada, estudiando la información transversal para hacerla común.

La historia clínica electrónica nos va a permitir mejora la asistencia al incorporar muchos mecanismos de alertas para la mejora de la práctica clínica, ya que informatiza todos los procesos asistenciales para todos los profesionales que atienden al paciente.

3.2. Incorporación de nuevos sistemas de información: Cuadros de Mandos

Puesta en producción del Cuadro de Mando de Atención Primaria (Alumbra-Sia), con indicadores de gestión accesibles a los profesionales, que muestran los beneficios que se derivan de la implantación del Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria.

Puesta en marcha del Cuadro de Mando del Gerente de Departamento, que incluye indicadores claves e indicadores de los Acuerdos de Gestión y ofrece datos del hospital y datos comparativos, con los del grupo al que pertenece cada hospital y con el total de la Comunitat Valenciana.

Los indicadores seleccionados en los diferentes Cuadros de Mandos, reflejan medidas puestas en marcha, con garantías para las prestaciones y la calidad del sistema, que han incrementado la eficiencia, haciendo un uso más racional de los recursos con una mayor implicación de los profesionales.

3.3. Abordaje de la cronicidad

Existe una gran trayectoria en el abordaje de la cronicidad donde se han obtenido resultados de gran beneficio para los pacientes. En 2013 se constituyó la Comisión Asesora sobre Cronicidad para la elaboración de un conjunto de acciones de mejora de la atención y el desarrollo de la estrategia para el abordaje de la cronicidad en la Comunitat Valenciana en consonancia con la estrategia del SNS contemplando las siguientes premisas:

- Enfoque poblacional.
- Actividades de promoción y prevención de la enfermedad.
- Potenciar la autonomía del paciente y cuidadores.
- Integración de los sistemas de información.
- Formación de los profesionales.
- Evaluación.

3.4. Desarrollo de la gestión de casos

El colectivo de casos complejos (pacientes crónicos complejos y pacientes paliativos, y sus cuidadores) presentan grandes necesidades de naturaleza biopsicosocial que deben ser atendidas por los recursos del sector sanitario, social y comunitario de forma integral, integrada, permanente y con respuestas rápidas ante los múltiples cambios de situación que acontecen.

Dado que la mayoría de este colectivo es domiciliario (requiere ser atendido en su hogar por problemas de movilidad y otros), los agentes domiciliarios son los más implicados

en su atención. Se ha creado una nueva oferta de servicios enfermeros: las Enfermeras Gestoras de Casos (EGC) en dos ámbitos: comunitario (EGCC) y hospitalario (EGCH)

La situación a finales de 2013 es la siguiente:

3.4.1. Recursos y cobertura:

1. Departamentos: 14 de 24 departamentos disponían de EGC.
2. Recursos humanos: 16 enfermeras gestoras de casos hospitalarias (EGCH) y 32 enfermeras gestoras de casos comunitarias (EGCC), 48 en total.
3. Población cubierta: 773.345 ciudadanos disponían del servicio de EGCC (15% de la CV).

3.4.2. Gestión de casos complejos en el hospital (datos correspondientes a 13 EGCH):

1. Entradas totales a hospitales y Unidades de Hospitalización a Domicilio (UHD): se han gestionados en la comunidad 4.330 ingresos hospitalarios en Hospital y UHD, de ellos 2.212 (51%) han tenido como destino una UHD.
2. Salidas totales desde Hospital y UHD: se han gestionado desde el Hospital y UHD 8.412 salidas de pacientes. En cuanto al destino, 77% han tenido como destino un Centro de Salud; 18% UHD; 3% U.S. Mental; 2% H. de Crónicos y 1% Residencia Asistida.
3. Seguimiento telefónico programado: se han incluido 1.290 pacientes, de los cuales 645 eran paliativos (50%).

3.4.3. Gestión de casos complejos en la comunidad (correspondientes a 29 EGCC):

1. Captación: Se han identificado 5.721 nuevos pacientes, de los que 4.912 eran nuevos pacientes domiciliarios; entre estos, 1.073 eran paliativos.
2. Programa de Gestión de Casos Complejos (PGCC): 3.415 pacientes han sido incluidos en gestión de casos a lo largo de 2013, es decir, todos los paliativos identificados (1.150) y 2.265 no paliativos.
3. PGCC Paliativos: el % de fallecimientos en domicilio ha sido del 67% en 2013 (en el conjunto de la CV, 38% en 2010).
4. Cuidadores: se han identificado 874 nuevos cuidadores familiares diana y 723 de ellos se han incluido en un plan de intervención. Se han realizado 17 talleres con la participación de 228 cuidadores.

3.5. Hospital a Domicilio 2013

Desde la creación de las primeras unidades de hospital a domicilio (UHD) en la CV en 1990 hasta el final de 2013, con 25 UHD, se han generado 413.813 altas. Este volumen de actividad supone un sólido cimiento sobre el que se fundamenta la consolidación de esta modalidad asistencial en la Conselleria de Sanitat.

En 2013 se han producido 39.680 altas en hospital a domicilio (HAD), lo que supone un incremento del 9% en relación a 2012 (36.350 altas).

Se ha llegado a una cobertura del 96% de la población y el HAD es dentro del sistema:

El 1º hospital de la Conselleria de Sanitat (CS) en número de “camas” (1.436 plazas/día disponibles en HAD) y el 2º en número de altas anuales (39.680 altas), sólo por detrás del Hospital la Fe (40.455 altas).

A final de 2013, los 5 departamentos gestionados por las concesiones administrativas tienen su UHD homologada.

3.5.1. Recursos Humanos en HAD

En cuanto a los recursos humanos (expresados en equivalentes a tiempo completo –ETC-), en HAD trabajan 345,2 profesionales en el conjunto de la Conselleria de Sanitat. El crecimiento en el periodo 2004-2013 ha sido muy significativo, con 139 nuevos profesionales en el conjunto de HAD.

3.5.2. Atención Paliativa en HAD

La contribución de las UHD a la atención de las personas susceptibles de cuidados paliativos a lo largo de estos años ha sido muy significativa. El HAD atiende pacientes en cuidados paliativos desde las primeras UHD en 1990 y con un peso creciente. De las 413.813 altas totales hasta final de 2013, 145.796 han sido altas por cuidados paliativos, que corresponden a 87.790 pacientes paliativos.

En 2013, el conjunto de las 25 UHD ha dado 17.018 altas paliativas (el 40% de su actividad) y ha atendido a 9.656 pacientes paliativos (el 39% de sus enfermos). Esto ha supuesto una cobertura del 52% del total de personas que se estima requerían cuidados paliativos en la C. Valenciana en 2013.

3.6. Cuidados paliativos

Implementación del Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunitat Valenciana en los departamentos de salud, mediante la elaboración y puesta en marcha de programas departamentales de cuidados paliativos como hoja de ruta. Esto ha supuesto:

- Análisis territoriales a escala de departamento de salud de las necesidades de cuidados paliativos.
- Adecuación de los recursos específicos existentes en el departamento a las necesidades detectadas.
- Desarrollo de circuitos asistenciales específicos para los casos complejos.
- Despliegue de planes de formación departamentales:
 - Básica, para los recursos generales (Equipos de Atención Primaria (EAP) y servicios hospitalarios).
 - Intermedia o avanzada, para los recursos específicos (Equipos de soporte domiciliarios y/o hospitalarios).
 - y referentes de atención primaria.

El resultado ha sido un incremento de la identificación y atención integral de pacientes susceptibles de cuidados paliativos y la extensión de la cultura paliativa en los recursos del

sistema. Ha aumentado la calidad y la satisfacción de la prestación paliativa y ha mejorado la efectividad global del sistema y la continuidad asistencial.

3.7. Desarrollo de herramientas en el ámbito del trabajo social sanitario

Con objeto de incorporar la dimensión social a la actividad sanitaria, hemos procedido a desplegar medidas en el ámbito del trabajo social con los siguientes objetivos:

- Poner en valor la figura del trabajador social en el ámbito sanitario y su aportación a la visión multidisciplinar que debe tener la actividad sanitaria, fundamentalmente en el terreno de la atención a la cronicidad y los cuidados paliativos.
- Disminuir la variabilidad asistencial en el abordaje y resolución de las necesidades sociales detectadas en los pacientes del sistema.
- Para ello hemos desarrollado:
 - Una guía profesional consensuada de procedimientos para el abordaje de los problemas sociales más comunes en el ámbito sanitario.
 - La unificación de la cartera de servicios del trabajo social para todo el ámbito de la Comunitat Valenciana.
 - La implementación de los perfiles profesionales de trabajo social en los sistemas de información corporativos, con revisión explícita de los conceptos y clasificación de problemas y recursos sociales, con el objetivo de dar homogeneidad al trabajo social sanitario.

3.8. Avances en el sistema de gestión económica y logística en todos los centros de gasto de la Conselleria de Sanitat a partir del aplicativo Orión Logis

Orión Logis es la aplicación corporativa de la Conselleria de Sanitat que integra toda la gestión económica y logística de los departamentos de salud, hospitales de media y larga estancia y demás centros de gasto. El sistema permite la gestión integral de la contratación administrativa, compras y almacenes (material sanitario, no sanitario y producto farmacéutico), facturación, activos fijos y mantenimiento. Durante el año 2013 se completó la implantación de Orion Logis en todos los centros de gasto de la Conselleria de Sanitat.

Asimismo, se dictó la instrucción 2/2013 de la Conselleria de Sanitat estableciendo la obligatoriedad de uso y consulta del “visor de precios en Orión Logis” por parte de todos los centros de gasto previas las adquisiciones. Este visor permite al usuario disponer de toda la información relativa a un artículo desde una única opción, mostrando información logística, de compras, características clínicas en caso de productos farmacéuticos, etc. Una de las mayores ventajas es que permite la comparación de precios de compra entre departamentos, tanto a nivel de producto como de genérico, constituyendo una potente herramienta de negociación frente al proveedor.

Durante 2013 también se llevó a cabo la integración de Orion Logis con el Registro Único de Facturas (RUF) de la Generalitat, lo que ha supuesto un gran avance al ser

obligatoria la inscripción en dicho registro de todas las facturas derivadas de las prestaciones realizadas a favor de la Generalitat puesto que constituye un requisito imprescindible para la tramitación del reconocimiento de la obligación.

En el marco de los distintos comités técnicos del proyecto y en relación a la actualización y mantenimiento del Catálogo o Maestro de Productos de Orion Logis, se han llevado a cabo trabajos de distinto alcance que han permitido unificar criterios sobre cuestiones de índole diversa como unidades, embalajes, contratos, etc.

Por último, tras haberse completado la implantación de Orion Logis en toda la red, se han avanzado los trabajos de diseño y cálculo periódico de indicadores que permitan a todos los usuarios del sistema y a los responsables de la organización disponer de información, de forma sencilla y puntual, sobre aspectos relacionados con los consumos, stocks, facturas o pedidos, favoreciendo, entre otros muchos objetivos, la mejora en el control de gestión de la organización.

3.9. Concursos de servicios generales y central de compras

Durante 2013 se ha realizado la tramitación de nuevos concursos centralizados de servicios generales de los centros sanitarios como seguridad, mantenimiento de edificios e instalaciones, mantenimiento de equipos de electromedicina, residuos y lavandería, llevándose a cabo en el mismo ejercicio la mayor parte de las adjudicaciones, habiéndose logrado considerables ahorros respecto al importe de los contratos anteriores.

Asimismo, en la estrategia de ahorro y mejora de la eficiencia que viene impulsando desde hace años la Conselleria de Sanitat a través de su Central de Compras, durante 2013 se han tramitado los concursos vencidos de suministros, material sanitario y medicamentos, preparándose también los concursos próximos al vencimiento.

3.10. Avances en la medida del producto sanitario y de los costes asociados

Durante 2013 se ha avanzado en la elaboración de los catálogos de actividad y coste de distintas especialidades como radiología, laboratorios, oftalmología y otros, al objeto de disponer de un único lenguaje válido para toda la organización que permita medir el producto sanitario, calcular los costes unitarios asociados y realizar comparaciones entre los distintos centros de trabajo.

Asimismo, se han introducido muchas mejoras en los procesos de validación automática del sistema de información de soporte a la contabilidad analítica de los centros sanitarios, denominado "Sistema de Información Económica" (SIE) y se ha logrado implantar la realización de cierres semestrales para permitir disponer de información con mayor puntualidad.

3.11. Programa de Revisión y Seguimiento de la Farmacoterapia (Programa REFAR)

El Programa REFAR establece protocolos específicos para evaluar la asistencia farmacéutica a los pacientes, especialmente crónicos y polimedicados, que incluyen la revisión periódica de los tratamientos farmacológicos, así como las actuaciones específicas para garantizar la seguridad, efectividad y eficiencia de los mismos.

Este programa se articula sobre dos líneas de actuación: por una parte el Subprograma de seguimiento de alertas de productos farmacéuticos y revisión de la farmacoterapia (REFAR-AR) y por otra parte el Subprograma de seguimiento de la eficiencia y adherencia de los tratamientos farmacoterapéuticos (REFAR-EA).

El conjunto de actuaciones del Programa REFAR durante el ejercicio de 2013 ha conllevado la revisión de más de 50.000 pacientes y la adecuación de 40.053 tratamientos.

Por otro lado mediante el Subprograma REFAR-EA para el seguimiento de pacientes durante el año 2013 se ha realizado el seguimiento a un total de 16.483 pacientes.

Tabla 3.1. Resultados Programa REFAR 2013 de la Comunitat Valenciana

Gestor	Pacientes revisados	Tratamientos adecuados
Alertas de seguridad	18.691	15.011
Medicamentos inapropiados	19.093	11.865
Criterios stop/start	952	424
Problemas relacionados con los medicamentos	16.101	12.753
TOTAL	54.837	40.053

Fuente: Registros de actividad departamentales del Programa REFAR de la Comunitat Valenciana.

3.12. Protocolos de decisión clínica para el manejo y prescripción de las patologías más prevalentes

La Comunitat Valenciana, con el Decreto Ley 2/2013, de 1 de marzo, del Consell de Actuaciones Urgentes de Gestión y Eficiencia en Prestación Farmacéutica y Ortoprotésica, inicia de forma pionera en España el proyecto de Algoritmos Terapéuticos Corporativos informatizados, reforzando los programas asistenciales corporativos de carácter básico de conciliación y revisión de farmacoterapia, en especial en aquellos tratamientos que requieran especial atención y cautela en su prescripción y dispensación y el especial seguimiento en pacientes crónicos y polimedicados.

En el 2013 se establece un consenso terapéutico por parte de las distintas sociedades científicas y expertos clínicos dando lugar al Comité de Posicionamiento Terapéutico de la Conselleria de Sanitat, elaborando diferentes Algoritmos de Decisión Terapéutica Corporativo de la Conselleria de Sanitat en el manejo y prescripción farmacológico de diferentes

medicamentos, como son hipolímicos, antipsicóticos, antidepresivos, medicamentos para el tratamiento de la artrosis y de patologías digestivas.

Desde la puesta en producción de los algoritmos de decisión terapéutica se ha producido una reducción tanto en número de las DDD (Dosis Diarias Definidas) como en el importe facturado relativo a los fármacos implicados en los protocolos establecidos.

3.13. Programa de Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y/o Económico (PAISE)

El programa de medicamentos de alto impacto sanitario y/o económico (PAISE) establece recomendaciones de utilización de los principales medicamentos de alto impacto sanitario y/o económico (MAISE) con el objetivo de fijar los protocolos de actuación y garantizar la equidad en el acceso a esta medicación a todos los ciudadanos de la Comunitat Valenciana para mejorar los resultados de salud de estos productos farmacéuticos en la población, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario y garantizando la equidad en el acceso a estos medicamentos.

Se han constituido 11 subcomités especializados de medicamentos de alto impacto sanitario y/o económico (SAISE). Se han publicado 40 Resoluciones y el número total de fármacos que se ven afectados como MAISE es de 72.

En el año 2013 se han tramitado un total de 938 solicitudes de tratamiento de las cuales un 73% han obtenido una resolución favorable.

El importe total de las adquisiciones de los medicamentos considerados como MAISE supone un 55% del total del gasto de farmacia hospitalaria de gestión directa.

3.14. Implantación del Programa informático “RESI” para la mejora de la gestión de productos sanitarios en centros socio-sanitarios

El aplicativo informático “RESI” permite la creación y seguimiento de solicitudes y pedidos de productos sanitarios efectuados por los centros sociosanitarios, el registro de albaranes (registro de las recepciones de los productos solicitados y posterior conciliación en el proceso de facturación) y la obligatoriedad del registro de residentes, que implica llevar al día altas y bajas de los mismos, así como el control que RESI realiza de las cantidades máximas a solicitar de cada uno de los artículos, mediante la aplicación del indicador previamente establecido. Todo esto es lo que ha permitido ajustar los consumos y obtener una disminución de unidades solicitadas de productos y una disminución del coste del programa.

Con la continuidad de este proyecto se asegura el control de la prestación de productos sanitarios a los centros sociosanitarios, con la consiguiente contención del gasto farmacéutico en nuestra Comunidad.

3.15. Ampliación y centralización pruebas de cribado neonatal

La Comunitat Valenciana ha adecuado los recursos para ampliar en el año 2014 el programa de cribado neonatal según consenso nacional, centralizando los recursos analíticos en el Hospital Universitario La Fe de Valencia, que permitirá además reducir a una sola toma de muestra el procedimiento, aumentando por un lado la eficiencia y por otro lado mejorando la calidad de la atención.

3.16. Edición, divulgación e implementación del Plan de actuación para la reperusión en el infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. “Código Infarto”

Este Plan pretende organizar y homogeneizar la práctica clínica que basada en la evidencia científica busca mediante la activación del Código Infarto, reducir el tiempo que transcurre desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico y posterior tratamiento con la mejor opción terapéutica.

La atención de los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST cuenta con recursos integrados de la red sanitaria pública, entre los que destacan por su implicación directa: servicios de emergencias sanitarias, unidades de hemodinámica, unidades de cuidados críticos, servicios de cardiología, servicios de urgencia hospitalaria y centros de atención primaria.

Se han organizado la atención mediante la creación de:

- 5 unidades de hemodinámica con capacidad para realizar angioplastias coronarias primarias en jornada ordinaria situadas en: H. Gral universitario de Castellón, H. Universitario Dr. Peset, H. Universitario La Ribera, H. de Manises y H. Gral. Universitario de Elche.
- 5 unidades de hemodinámica con capacidad para realizar angioplastias coronarias primarias en horario continuado situadas en: H. Universitario y Politécnico La Fe de Valencia, H. Clínico Universitario de Valencia, Consorcio H Gral. Universitario de Valencia, H. Clínico Universitario San Juan de Alicante y H. Gral. Universitario de Alicante.

3.17. Donación y trasplante de órganos

Durante el 2013 la Comunitat Valenciana ha conseguido un récord histórico en trasplante de órganos con 410 intervenciones, lo que supone un incremento con respecto al año anterior de un 1,75%, a pesar de que durante 2013 ha habido menos donaciones.

El H. Universitari i Politecnic La Fe es líder de trasplante hepático en España con 92 trasplantes.

Los Hospitales Universitari i Politecnic La Fe y el General Universitario de Alicante alcanzan juntos el récord histórico de la Comunitat Valenciana en trasplante hepático con 126 intervenciones.

La Comunitat Valenciana ha conseguido cifras de record histórico en trasplante renal con 237 trasplantes.

4. Acciones estratégicas encaminadas a la sostenibilidad del Sistema Sanitario

4.1. Sistemas de Información

Dos sistemas de información sanitarios "Abucasis" y "Orion-Clinic", perfectamente integrados y con conexión a HSE.

Radiología interconectada y con posibilidad de consulta de estudios desde cualquier punto de la red sanitaria.

Implantación de un Sistema de Información de Laboratorios corporativo.

Oferta de citación por internet en el ámbito de atención primaria con el considerable ahorro de tiempo tanto del usuario final como del personal administrativo.

El 97% de las recetas se prescriben electrónicamente.

Renovación del parque de ordenadores por equipos que consumen menos energía, y adoptan políticas conservadoras con el medio ambiente.

Generación de políticas en las impresoras para consumir menos fungibles.

4.2. Actividad concertada

Se han llevado a cabo todas las acciones necesarias para disminuir los costes de todas las prestaciones concertadas, manteniendo siempre el mismo nivel de exigencia de calidad.

Incremento de técnicas de diálisis domiciliaria tanto de diálisis peritoneal como de hemodiálisis con el fin de racionalizar, aumentar la eficiencia y ahorro, manteniendo la calidad en la diálisis y pruebas diagnósticas.

4.3. Recursos humanos

En aplicación de lo dispuesto en el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, y tras el análisis de las necesidades asistenciales de la población valenciana, la situación actual y la previsión de evolución en los próximos años de la dotación de recursos humanos dentro de la Conselleria de Sanidad y la incidencia de ambos aspectos en el plano asistencial, se elaboró un Plan de Ordenación de Recursos Humanos de las Instituciones Sanitarias dependientes de la Conselleria de Sanidad, que fue aprobado por el Consell, mediante Acuerdo de 7 de junio de 2013.

Dicho Plan se configura como un instrumento básico, hasta ahora inexistente, ya que se trata del primero implementado en este Servicio de Salud, que permite la planificación eficiente de las necesidades de recursos humanos, su dimensión adecuada y mejor

distribución en función de las necesidades asistenciales. La importancia de este instrumento de planificación resulta notoria, en la medida en que responde al principio de eficacia que debe seguir la administración pública en su actuación.

En cuanto a su contenido, y tras la determinación de aspectos generales tales como el marco legal aplicable, la metodología, el ámbito de aplicación, su entrada en vigor y vigencia, se efectuó un análisis estratégico de la gestión de recursos humanos, a través de una matriz DAFO, estableciendo las debilidades y amenazas del sistema, frente a sus fortalezas y oportunidades. A continuación se realizó una descripción y análisis de los datos de plantilla recogidos en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos de las Instituciones Sanitarias, sobre todo en los aspectos que presentan una incidencia más significativa en la prestación de la asistencia sanitaria y que aportan información sobre las necesidades de la organización para atender la demanda asistencial en términos de eficacia y eficiencia.

De las conclusiones de ese análisis cabe destacar la importante feminización de la plantilla (cerca de un 75 por ciento del personal son mujeres) y su elevada edad media en casi todas las categorías (superando en muchos casos los 50 años de edad), con unos altos porcentajes de jubilación acumulados en los próximos ejercicios, para lo que se efectúa también un análisis sobre los mecanismos de relevo de personal disponibles (ofertas de empleo, bolsas de trabajo temporal, número de profesionales residentes en formación, etc.) que permite concluir que se cuenta con mecanismos suficientes para cubrir las necesidades de reposición de efectivos que se producirán como consecuencia de los procesos de jubilación.

Por último, debe señalarse que el Plan recoge la estrategia a corto, medio y largo plazo, concretada en cuatro ejes estratégicos, a saber: planificación y gestión estratégica de recursos humanos, ordenación y dimensionamiento, cualificación profesional del personal e información, que después se desarrollan en objetivos y actividades estratégicas, así como la previsión de las herramientas para realizar el oportuno seguimiento y evaluación de su cumplimiento.

4.4. Acciones sobre el gasto de personal (capítulo I)

Durante el año 2013 se mantuvo la reducción del 50% de la carrera profesional del personal de gestión sanitaria implantada por Decreto Ley 1 de 2012 del Consell de la Generalitat.

4.5. Acciones sobre los ingresos y la facturación presencial de servicios sanitarios

La Comunitat Valenciana recibe a lo largo de todo el año un gran número de turistas extranjeros, la mayoría de ellos procedentes de países miembros de la Unión Europea. Con la nueva regulación de la asistencia sanitaria transfronteriza, la facturación de servicios sanitarios adquiere una especial importancia todavía mayor de la que actualmente ya tiene en el ámbito de nuestra Comunitat.

En la línea de mejora continua del sistema de facturación de la administración sanitaria valenciana, en abril de 2013 la Conselleria de Sanitat comenzó la implantación de mecanismos de facturación y cobro directo de servicios sanitarios en los propios centros de

salud y consultorios de atención primaria, especialmente en los situados en municipios turísticos, así como en los servicios de urgencia hospitalarios. El objetivo que se pretende es que, en aquellos casos en que el paciente extranjero desplazado temporal no aporte su tarjeta sanitaria europea, pueda recibir la factura de su asistencia sanitaria en el mismo centro donde es atendido y pueda pagarla mediante tarjeta de crédito en el mismo centro u hospital.

Con esta medida se potencia el uso de la tarjeta sanitaria europea, se dota de mayor eficiencia la facturación y cobro de servicios sanitarios y se fomenta el uso adecuado de los recursos de la sanidad pública española por parte de los ciudadanos residentes en otros países de la Unión Europea.

Por otra parte, en lo que respecta al sistema de facturación automatizada y compensación económica de la asistencia sanitaria de la Conselleria de Sanitat a través del aplicativo Compás, durante 2013 se ha continuado ampliando el alcance del sistema poniéndose en marcha un nuevo módulo que permite la facturación intercentros de la farmacia de receta, adaptada a los cambios introducidos por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Asimismo, se han realizado los trabajos de análisis y diseño para la puesta en marcha en 2014 de la facturación automatizada de las prótesis, tanto endoprótesis como exoprótesis.

4.6. Desarrollo de Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral (SISVEL)

En la Comunitat Valenciana, el Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral (SISVEL), permite a los facultativos de la Agencia Valenciana de Salud (Conselleria de Sanitat) y a los facultativos de los servicios de prevención de riesgos laborales la comunicación telemática a las Mutuas (MATEPSS), Empresas colaboradoras o al INSS, de aquellas enfermedades que sospechen que puedan tener la consideración de enfermedades profesionales (EEPP) para que se hagan cargo de su asistencia.

Durante el año 2013 se recibieron en SISVEL 3.034 sospechas de EEPP, se derivaron a las Mutuas 1.708 casos, un 141 % de casos más que en el año anterior. De ellos, se reconocieron como EEPP 494. Según los datos oficiales del Observatorio de Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, en la Comunitat Valenciana, aumentaron las EEPP declaradas un 42%. El porcentaje es muy superior al de la media estatal, siendo la Comunidad Autónoma con mayor aumento. Esta situación, sin duda, refleja una mejora en el sistema de detección de las enfermedades profesionales en la Comunitat Valenciana. Se estima que el coste económico de la actividad sanitaria de todas las sospechas de EEPP enviadas a Mutuas a través del SISVEL durante el año 2013, podría suponer alrededor de 4,5 millones de euros.

Índice de tablas

Tabla 1.1. Porcentaje de satisfacción del paciente según modalidad de atención	8
Tabla 1.2. Porcentaje de pacientes que contestan afirmativamente	8
Tabla 1.3. Evolución de la implantación del Programa de cáncer colorrectal por departamentos de salud de la Comunitat Valenciana. Año 2013 y previsión futura	9
Tabla 1.4. Indicadores básicos del Programa de prevención de cáncer colorrectal de la Comunitat Valenciana 2012	10
Tabla 2.1. Resultados del Plan de Gestión de la Seguridad del Paciente de la Comunitat Valenciana, 2009-2013	14
Tabla 2.2. Sistema de Notificación de Incidentes y Eventos Adversos (SINEA)	14
Tabla 2.3. Principios activos con mayor número de prescripciones realizadas en 2013 a través de los formularios de prescripción de medicamentos en situaciones especiales del sistema GAIA.....	15
Tabla 3.1. Resultados Programa REFAR 2013 de la Comunitat Valenciana.....	22

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

ABUCASIS: Proyecto de informatización integral de los Centros de Salud de la Comunitat Valenciana

C

CAUME: Comisión Asesora de Utilización de Medicamentos en Situaciones Especiales

CATIC: Comisión de Atención y Cuidados en la Prevención del Deterioro de la Integridad Cutánea.

CV: Comunitat Valenciana

D

DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades.

DDD: Dosis Diarias Definidas

E

EA: Efectos adversos

EAP: Equipo de Atención Primaria

EEPP : Enfermedades Profesionales

EGC: Enfermeras Gestoras de Casos

EGCC: Enfermeras Gestoras de Casos Comunitarias

EGCH: Enfermeras Gestoras de Casos Hospitalarias

G

GAIA: Gestor de Prestación Farmacéutica

H

HACLE: Hospital de Atención a Pacientes Crónicos y de Larga Estancia

HAD: Hospital a Domicilio

HSE: Historia de Salud Electrónica

I

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social

M

MAISE: Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y/o Económico

MATEPSS: Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social

P

PAISE: Programa de Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y/o Económico

PGCC: Programa de Gestión de Casos Complejos

R

REFAR: Revisión y Seguimiento de la Farmacoterapia

REFAR-AR: Seguimiento de Alertas de Productos Farmacéuticos y revisión de la Farmacoterapia

REFAR-EA: Seguimiento de la Eficiencia y Adherencia de los tratamientos Farmacoterapéuticos

REMFI: Resumen de la Evidencia de Medicamentos Fuera de Indicación de Ficha Técnica

RUF: Registro Único de Facturas

S

SAISE: Subcomités Especializados de Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y/o Económico

SIA: Sistema de Información Ambulatoria

SIE: Sistema de Información Económica

SINEA: Sistema de notificación de incidentes de efectos adversos

SISVEL: Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral

SNS: Sistema Nacional de Salud

U

UHD: Unidad de Hospitalización a Domicilio

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013 Extremadura



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	3
Resumen	4
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013.....	5
1 Programa de Atención Sanitaria de seguimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura (PASCAEX)	5
1.1 Finalidad del PASCAEX.....	5
1.2 Normativa del PASCAEX	5
1.3 Requisitos para la inclusión en el PASCAEX	5
1.4 Documento acreditativo del PASCAEX	6
1.5 Elaboración y desarrollo del PASCAEX en Extremadura.....	6
2 Implantación de un programa para detectar el cumplimiento del tratamiento farmacológico por parte del paciente	8
2.1 Objetivos.....	8
3 Implantación de un sistema de topes automáticos del porcentaje de aportación en tratamientos crónicos.....	12
4 Plan de renovación tecnológica del SES 2013-2020	13
4.1 Análisis de la situación actual.....	14
4.2 Estimación de la vida útil real	14
4.3 Ajuste de precios por evolución de mercado	14
4.4 Contratos de mantenimiento existentes.....	14
4.5 Negociación con las empresas de los contratos en vigor	14
4.6 Resultados	15
5 Actividad de educación para la salud frente a la obesidad infantil y juvenil	15
5.1 Objetivos.....	15
5.2 Metodología.....	15
5.3 Evaluación y resultados.....	16
6 Procedimiento de control oficial de equipos de enfriamiento evaporativo	17
6.1 Metodología del Procedimiento.....	17
6.2 Resultados	18
7 Protocolo de atención al niño/a y al adolescente con diabetes en la escuela ⁽⁸⁾	19
7.1 Objetivos.....	19

7.2	Metodología.....	19
7.3	Evaluación y resultados.....	20
8	Proyecto operación salud	21
8.1	Objetivos.....	21
8.2	Metodología.....	22
8.3	Evaluación y resultados del año 2013	22
9	Programa ciudades saludables y sostenibles	22
9.1	Objetivos.....	23
9.2	Metodología.....	23
9.3	Evaluación y resultados del año 2013	23
10	Bibliografía.....	29
	Índice de tablas.....	25
	Índice de gráficos	26
	Abreviaturas, acrónimos y siglas	27

Demografía y entorno económico

	Extremadura	España	Fuente
Población	1.098.248	46.593.236	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	49,7	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	50,2	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	14,3	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	66,2	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	19,4	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	8,1	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	9,5	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

La necesidad de consolidar una reforma estructural del SNS, dotándolo de solvencia y viabilidad, ha marcado las principales líneas de actuación en Extremadura, todo ello condicionado por cuestiones tan importantes como el envejecimiento poblacional, la enfermedad crónica o el desarrollo de las Tecnologías sanitarias y las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

Desde Extremadura estamos convencidos que las TIC conformarán el núcleo más importante sobre el que se vertebrará el sistema, por lo que esta Comunidad ha contribuido de manera muy importante en el desarrollo de medidas como la receta electrónica, la historia clínica electrónica interoperable o la base de datos común para la tarjeta sanitaria en el SNS, y sobre las que ha podido implementar otras como el Programa para detectar el cumplimiento del tratamiento farmacológico o la implantación del Sistema de topes automáticos de aportación en tratamientos crónicos. También es importante el Plan de Renovación Tecnológica del SES iniciado en 2013.

Además, Comunidad Autónoma de Extremadura (CAE) ha facilitado el desarrollo de actuaciones con incidencia directa en la prevención, asistencia, conocimiento y responsabilidad de los ciudadanos con su salud y con el sistema, como el PASCAEX, el Protocolo de atención al niño y al adolescente con diabetes en la escuela y otras medidas descritas, con las que se pretende apuntalar las bases para futuros logros, encaminados a la mejora del sistema y de la salud de las personas.

Finalmente nos gustaría destacar una serie de medidas normativas, desarrolladas durante 2013 y que darán fruto en próximos ejercicios, como la Ley 3/2013, de 21 de mayo, de renta básica extremeña de inserción, o los Decretos: 24/2013, que actualiza el calendario de vacunaciones; 34/2013, que regula la Comisión Permanente para la erradicación de la Violencia de Género en Extremadura; 52/2013, que regula el Consejo Asesor para la Diabetes; y 83/2013, que crea la Oficina Extremeña de Seguridad Alimentaria.

1. Programa de Atención Sanitaria de seguimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura (PASCAEX)

El Programa de Atención Sanitaria de Seguimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura (PASCAEX), es un programa social de Salud Pública que incluye una serie de prestaciones sanitarias equiparables a las de la población extremeña, dirigido a aquellas personas, específicamente extranjeros en situación irregular, que son excluidas del ámbito de aplicación de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud (SNS) por no tener la condición de asegurados ni de beneficiarios del mismo, y que no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública en España, ni puedan exportar el derecho desde el país de procedencia, si fuera el caso, ni puedan suscribir un convenio especial.

1.1. Finalidad del PASCAEX

La finalidad de este Programa en Extremadura es doble:

- Por un lado pretende poner remedio a la falta de cobertura sanitaria continuada de carácter público que afecta a los extranjeros en situación irregular.
- Además, intenta prevenir la aparición de enfermedades en este grupo de personas, así como la propagación de aquéllas entre la población residente, promoviendo de esta manera la Salud Pública en la Comunidad Autónoma.

1.2. Normativa del PASCAEX

El PASCAEX es regulado y procedimentado a través de la Instrucción Conjunta nº 1 de 15 de julio de 2013, de la Dirección Gerencia del SES y de la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la Consejería de Salud y Política Social, sobre creación y aplicación del PASCAEX [\(1\)](#).

Esta Instrucción constituye la respuesta normativa a la Resolución 72/VIII del Pleno de la Asamblea de Extremadura, en sesión celebrada el día 25 de octubre de 2012, en la que insta al Gobierno de Extremadura a facilitar algún tipo de tarjeta provisional u otro documento identificativo, temporal y renovable que garantice la cobertura sanitaria a la población inmigrante de Extremadura.

1.3. Requisitos para la inclusión en el PASCAEX

Los requisitos para la inclusión en el PASCAEX son los siguientes:

- Ser mayor de edad.
- Estar empadronado en un ayuntamiento de Extremadura, con una antigüedad igual o mayor a 6 meses, de forma continua o discontinua.

- No disponer de ingresos, en España o en su país de origen o procedencia, superiores, en cómputo anual, al indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM).
- No tener derecho a la condición de asegurado ni de beneficiario reconocido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o, en su caso, por el Instituto Social de la Marina (ISM), de acuerdo a lo recogido en el Real Decreto-ley (RDL) 16/2012^(a2) y el Real Decreto (RD) 1192/2012^(a3).
- No tener suscrito un convenio especial para recibir asistencia sanitaria, de acuerdo a lo recogido en el RDL 16/2012 y el RD 1192/2012, ni poder exportar el derecho a la asistencia sanitaria desde el país de origen o procedencia.

1.4. Documento acreditativo del PASCAEX

La inclusión de una persona en el PASCAEX conlleva la emisión, por parte de la Consejería de Salud y Política Sociosanitaria, de un documento acreditativo, personal e intransferible, cuya presentación es necesaria para acceder a prestaciones sanitarias de carácter público equiparables a las de la población residente.

Este documento tiene una validez máxima de un año, y es renovable mientras se mantengan las circunstancias personales que dieron lugar a la inclusión en el PASCAEX.

1.5. Elaboración y desarrollo del PASCAEX en Extremadura

Para la elaboración de este Programa, la Consejería de Salud y Política Sociosanitaria mantuvo diferentes reuniones con los representantes de las distintas asociaciones y entidades que trabajan de forma directa con los colectivos de inmigrantes, para escuchar sus propuestas y poder así desarrollar un Programa consensuado.

Asimismo, la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo informó del Programa que se iba a poner en marcha a las dos Subdelegadas del Gobierno en Extremadura.

Finalmente, la puesta en marcha del PASCAEX se produjo el 15 de julio de 2013. A partir de esta fecha, un total de 36 ciudadanos presentaron sus solicitudes para ser incluidos en el Programa durante el resto del año 2013, cuya tramitación se desglosa a continuación:

Tabla 1.1. Solicitudes de inclusión en el PASCAEX. Del 15 de julio al 31 de diciembre de 2013

Tramitación final de las solicitudes presentadas	Número de solicitudes
Solicitudes dadas de alta en el PASCAEX	22
Solicitudes excluidas ^(*)	7
Solicitudes pendientes de recibir documentación ^(**)	7
Total de solicitudes presentadas	36

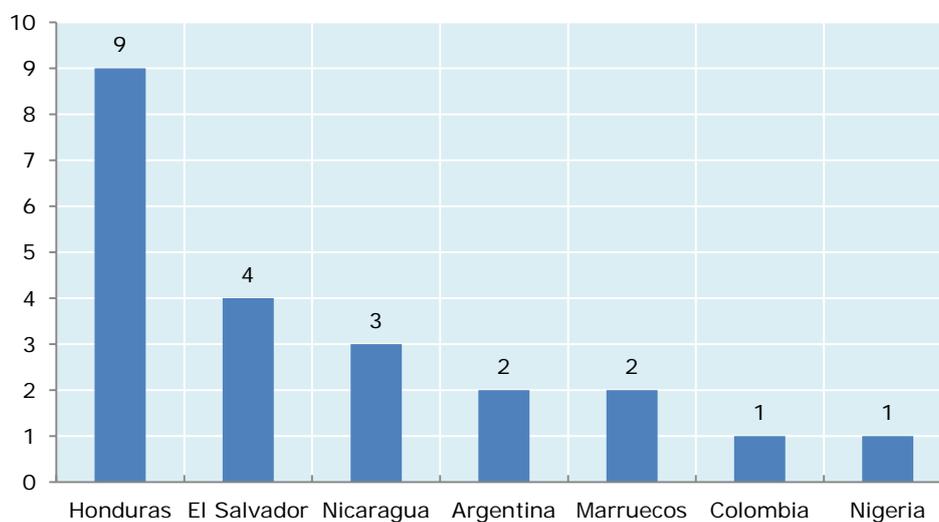
Observaciones: ^(*) Excluidas por no cumplir los requisitos o tener derecho a la asistencia sanitaria por otra vía. ^(**) No continuaron con la tramitación del expediente.
 Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo (Consejería de Salud y Política Sociosanitaria del Gobierno de Extremadura) (2013).

Como se puede observar, el número total de solicitudes en 2013 fue relativamente bajo, debido a lo reciente de la puesta en marcha del Programa y a que no se cumplió el ejercicio completo. Por estos motivos, se espera un incremento significativo de las solicitudes de inclusión para 2014.

La mayoría de solicitudes (61%) fueron tramitadas adecuadamente y fueron dadas de alta en el PASCAEX. El resto de ellas (39%) no fueron dadas de alta: la mitad fueron excluidas y la otra mitad no completaron la tramitación de la solicitud.

Respecto a los países de origen de los ciudadanos inmigrantes dados de alta en el Programa, aparecen desglosados en el siguiente gráfico:

Gráfico 1.1. Países de origen de los ciudadanos inmigrantes dados de alta en el PASCAEX. Del 15 de julio al 31 de diciembre de 2013



Fuente: Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo (Consejería de Salud y Política Sociosanitaria del Gobierno de Extremadura) (2013).

Se aprecia una mayoría de ciudadanos procedentes de países hispanoamericanos (19 en total), con una pequeña presencia de inmigrantes originarios de naciones africanas (3 en total).

2. Implantación de un programa para detectar el cumplimiento del tratamiento farmacológico por parte del paciente

Los avances en las TIC han permitido nuevas oportunidades en el manejo de herramientas estandarizadas e interoperables, que permiten mejorar la accesibilidad al tratamiento a los sanitarios y la gestión global del mismo.

Dentro de este ámbito, la Comunidad Autónoma de Extremadura destaca en la implantación de los proyectos técnicos de tarjeta sanitaria e Historia Clínica Digital (HCD) en el SNS, así como en el pilotaje de la interoperabilidad de la receta electrónica.

En Extremadura se ha desarrollado un programa de detección de pacientes con falta de adherencia al tratamiento con el objetivo de identificar el grado de cumplimiento que el usuario hace de las instrucciones del médico a la hora de tomar la medicación que le ha sido prescrita, garantizando así su seguridad y fomentando un buen uso de los medicamentos.

Esta línea de trabajo permite comprobar el nivel de adherencia del paciente a su tratamiento farmacológico, detectando aquellos que no han sido dispensados en las oficinas de farmacia, quedando registrado en la historia clínica electrónica del mismo, lo que facilita que el facultativo pueda actuar de una manera más eficiente en favor del usuario.

La puesta en marcha de este programa ha permitido identificar un número total superior a las 700.000 recetas electrónicas que no habían sido dispensadas por las oficinas de farmacia.

2.1. Objetivos

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) viene trabajando en múltiples campañas, planes y estrategias dirigidas a la seguridad del paciente que abogan por el uso racional del medicamento.

La aplicación de las TIC al mundo sanitario, con la implantación de la Historia Clínica Electrónica única con un módulo farmacoterapéutico interoperable, han permitido importantes avances en la disponibilidad inmediata de información fiable que posibilita conocer, medir y analizar el alcance de las medidas de gestión con respecto al uso racional del medicamento, a la seguridad del paciente y a todas aquellas actuaciones dirigidas a la eficiencia.

El objetivo general de este Programa debe ser que todos los ciudadanos continúen teniendo acceso a los medicamentos que necesiten, cuándo y dónde precisen, en condiciones de efectividad y seguridad.

Como objetivos específicos del Programa destacan los siguientes:

2.1.1. Seguridad al paciente

La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios, así como el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban y utilicen de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales y durante el período de tiempo adecuado; todo ello, con la información para su uso correcto y al menor coste posible.

Con el uso de este programa informático se consigue:

- Potenciar la eficacia y eficiencia del tratamiento farmacológico, mejorando la adherencia al mismo y fortaleciendo los mecanismos de autocontrol de los pacientes para, de este modo, conseguir maximizar los logros terapéuticos.
- Concienciar a los pacientes sobre la importancia de tomar los medicamentos que les prescribe su médico, fomentando el uso responsable de la medicación y evitando el abandono prematuro del tratamiento y su uso incorrecto.
- Comprometer al paciente con su tratamiento, no sólo en el aspecto del cumplimiento, sino también que adopten una actitud proactiva y positiva frente a él.

2.1.2. Historia Clínica Electrónica única e interoperable

La aplicación permite que todos los pacientes del SES posean una Historia Clínica Farmacológica única, accesible y compartida por todos los profesionales sanitarios.

Dentro de la Historia Clínica Electrónica, el área farmacológica incorpora todas las prescripciones realizadas al paciente por cualquier facultativo independientemente del ámbito; es decir, ya se realicen desde Atención Primaria o desde Atención Especializada.

La Historia Clínica Electrónica permite que los profesionales sanitarios puedan realizar un mejor seguimiento del tratamiento y de las dispensaciones de los mismos (recetas que el paciente ha retirado de la oficina de farmacia o programadas para una dispensación futura).

2.1.3. Implicación de todos los colectivos

Este programa es multidisciplinar, implicando a profesionales de distintos niveles asistenciales y al personal de las oficinas de farmacia. Todo ello redundará en una mayor implicación en el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, que aporta una mayor calidad de la atención farmacéutica, más seguridad del paciente y una mayor adherencia a los tratamientos. La implantación de este sistema facilita que los pacientes con falta de adherencia al tratamiento sean informados en la farmacia acerca de la necesidad de acudir a su médico para revisar los medicamentos que tiene prescritos, para que éste determine si debe darles continuidad o, por el contrario, debe modificar la prescripción.

2.1.4. Seguimiento integral del tratamiento

Cuando el profesional sanitario accede al módulo de prescripción de un paciente, el sistema automáticamente visualiza en pantalla todos los tratamientos que tiene dicho paciente, tanto

los que ha retirado de la oficina de farmacia como los que están pendientes de dispensación. Esta información le permite conocer y controlar cuál es la adherencia del paciente a sus tratamientos, permitiéndole interactuar con él de una manera más adecuada en función del grado de adherencia detectado.

Igualmente esta información ayudará a determinar si la evolución negativa de la patología del paciente puede ser debida a una falta de cumplimiento o bien puede haber otros factores asociados.

2.1.5. Evaluación periódica

Las actuaciones seguidas en los últimos años en este ámbito han permitido importantes avances, aunque suelen adolecer de limitaciones derivadas de las dificultades para medir los resultados de las mismas.

Para garantizar el adecuado seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico y la mejora progresiva del servicio, es necesario evaluar la práctica realizada con herramientas que permitan la explotación sencilla de los datos.

Además de detectar la falta de adherencia al tratamiento, esta herramienta permite llevar a cabo una evaluación completa y continua por parte de los gestores sanitarios, ya que reporta información acerca de:

- Número de tratamientos identificados como falta de adherencia.
- Grupos de medicamentos en los que hay mayor abandono del tratamiento.
- Patologías asociadas a los pacientes.
- Zonas geográficas de mayor incidencia.
- Información de niveles de adherencia por facultativo.
- Meses o periodos estacionales con menor grado de adherencia a los tratamientos.
- Características de los pacientes (sexo, tramos de edad, tipo de aportación, ...).
- Derivaciones hospitalarias.
- Solicitud de pruebas diagnósticas.
- Atenciones en urgencias.
- Hospitalizaciones.

2.1.6. Ahorro de costes sanitarios

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cerca del 50% de los medicamentos no se toman correctamente, bien porque se prescriben o dispensan de forma inapropiada, o bien porque los pacientes los toman incorrectamente o no reciben el fármaco correcto o en sus dosis establecidas ⁽¹⁴⁾.

Todas estas circunstancias ejemplifican el hecho de que los medicamentos no siempre se utilizan de una forma óptima, lo que resulta en una significativa pérdida de salud y en un incremento de los gastos en asistencia sanitaria.

El incumplimiento terapéutico no sólo representa un importante riesgo para la salud, sino que también tiene un elevado impacto económico para el sistema sanitario hasta el punto de suponer un tercio de los gastos hospitalarios motivado por más ingresos hospitalarios, mayor utilización de los servicios de urgencia, necesidad de nuevas visitas médicas para reajustar los tratamientos, pruebas complementarias y afectar de manera sensible a la calidad de vida del paciente.

2.1.7. Método

Extremadura es una de las primeras Comunidades Autónomas que desarrolló la receta electrónica, finalizando su implantación en abril de 2009. La implantación de la receta electrónica en los 16 centros hospitalarios y los 415 consultorios de Atención Primaria de las 112 Zonas de Salud en funcionamiento, junto a la integración en tiempo real con las 676 oficinas de farmacia, han permitido desarrollar sistemas de control de las recetas dispensadas y que éstas queden reflejadas en la historia clínica del paciente.

El proceso se inicia con una prescripción en formato electrónico; es decir, el facultativo establece un tratamiento al paciente y el sistema, en función del tamaño del envase, la duración y la posología pautaada, genera las recetas necesarias para el cumplimiento del mismo.

Cuando el paciente acude a la oficina de farmacia para retirar una receta, el sistema le muestra al farmacéutico la receta programada que está disponible en esa fecha, permitiéndole su dispensación. Esta dispensación electrónica se refleja en la historia clínica del paciente, donde se van actualizando las recetas entregadas al paciente y las próximas recetas programadas.

Con la programación de recetas y registro electrónico de dispensaciones de las mismas, se han marcado unas reglas que permiten la clasificación de los tratamientos que no se han dispensado correctamente en los últimos seis meses o que no se han iniciado por parte de los usuarios.

Estos tratamientos se identifican de manera específica en la historia clínica del paciente, indicando el motivo de falta de adherencia o tratamiento no iniciado, lo que permite a los profesionales sanitarios detectarlos fácilmente y llevar a cabo las medidas oportunas, como ajustes de posología, cambio de fármaco o simplemente asesorar al paciente.

El sistema no sólo impide que a un paciente se le dispensen recetas antes de la fecha programada de las mismas, sino que además informa al personal de farmacia cuando un tratamiento no se está dispensando de forma correcta, para que interactúe con el paciente informándole que debe acudir a su médico de cabecera para revisar el tratamiento.

Todos los tratamientos identificados con falta de adherencia o que no han sido iniciados, una vez transcurrido un periodo de tiempo, si el facultativo no ha considerado necesario llevar a cabo sobre ellos ninguna actuación, pasarán al histórico de tratamientos del paciente, ya que estos tratamientos no están siendo dispensados, por lo que no existe continuidad de los mismo. Esto favorece que la historia clínica farmacológica del paciente se

encuentre actualizada con los tratamientos activos que el paciente esté tomando en la realidad.

2.1.8. Resultados

Tras la implantación de la funcionalidad, se notifica a los facultativos la detección del incumplimiento terapéutico del paciente, permitiendo abordar la situación con las medidas correspondientes para mantener la continuidad del tratamiento, así como ajustes en la posología o cambio de fármaco de 130.000 tratamientos, lo que supone un 5,65% respecto a los 2.300.000 tratamientos activos que existen en el sistema.

2.1.9. Conclusiones

Este tipo de herramientas son de vital importancia para que la integración de los diferentes Sistemas de Información de las Comunidades Autónomas en la Historia Clínica Digital del SNS, proporcione información fiable y actualizada sobre la historia clínica farmacológica de los pacientes.

Los avances de las TIC y, en concreto, la implantación de la receta electrónica, han permitido desarrollar herramientas que posibilitan la integración y comunicación en tiempo real de las oficinas de farmacia con los profesionales sanitarios, con el fin de mejorar la información disponible y la organización interna, favoreciendo la calidad de la asistencia, la satisfacción del paciente y el ahorro de costes sanitarios.

3. Implantación de un sistema de topes automáticos del porcentaje de aportación en tratamientos crónicos

La Consejería de Salud y Política Sociosanitaria de Extremadura consideró necesario en noviembre de 2013 la implantación de un sistema de topes automáticos, para que los pensionistas no tuvieran que adelantar dinero al adquirir sus medicinas, en relación con la implantación del RD 16/2012; en éste se establece que, con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico y asegurar un alto nivel de equidad a los pacientes pensionistas con tratamientos de larga duración, los porcentajes generales estarán sujetos a topes máximos de aportación.

Se trata de la elaboración de un contador mensual de la aportación realizada por los ciudadanos al retirar sus medicamentos en las Oficinas de Farmacia de Extremadura.

En lugar de que los pensionistas tengan que adelantar el dinero por sus medicamentos, cuando llegan al tope establecido, automáticamente se pone a cero el importe de los medicamentos que tienen que adquirir hasta el primer día del mes siguiente, que se vuelve a establecer el tope que tengan designado.

Para llevar a cabo este proyecto, no sólo hace falta implementar el módulo informático antes mencionado, también es necesario un acuerdo de colaboración entre la Consejería de Salud y Política Sociosanitaria y los Colegios Oficiales de Farmacia de Extremadura. Unos

acuerdos que no han resultado difíciles, por la buena disposición e implicación de los farmacéuticos en ayudar a garantizar la sostenibilidad del SNS.

Las farmacias deben adecuar sus Sistemas de Información y tratar las recetas manuscritas como recetas electrónicas; para ello, las farmacias deben solicitar siempre la tarjeta sanitaria al ciudadano y grabar las recetas en papel en el momento, para que cada dispensación vaya restando la aportación del usuario, hasta que ésta llegue a cero y deje de pagar por sus medicamentos hasta el mes siguiente.

Con esta medida, el Gobierno de Extremadura cumple su compromiso adquirido con la ciudadanía de buscar un modelo complementario al que se está utilizando de adelantar el pago por los medicamentos, al igual que con el compromiso de este Gobierno Autónomo por contribuir a una sociedad más justa que proteja a los pensionistas.

4. Plan de renovación tecnológica del SES 2013-2020

El Plan de Renovación Tecnológica del SES 2013-2030, es una iniciativa de la Consejería de Salud y Política Sociosanitaria que tiene como principal objetivo la renovación integral de la tecnología sanitaria de los hospitales extremeños en todas las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

La elevada obsolescencia de los actuales equipos, que en su mayoría ya han cumplido su vida útil o se encuentran cerca de hacerlo a corto o a medio plazo, es decir, dentro de cinco a diez años, respectivamente, obliga al SES a emprender este plan, que surge bajo la fórmula de contrato de mantenimiento con renovación tecnológica.

Esta fórmula contractual permitirá al SES acometer este ambicioso plan con importantes ventajas económicas para las arcas públicas, pues reduce considerablemente el coste de los equipos, con ahorros que superan el 20% del precio inicial.

Este plan se estructura en cuatro etapas de cuatro años cada una. En concreto, se desarrollará en periodos que se reparten entre 2013-2017, 2018-2021, 2022-2025 y una última etapa, desde 2026 hasta 2030; y supondrá una inversión total de 68,8 millones de euros, de los cuales, 17,4 millones de euros provienen de los ahorros generados por la negociación de los actuales contratos de mantenimiento.

Las necesidades de inversión para llevar a cabo el Plan de Renovación Tecnológica del SES se relacionan en la siguiente tabla:

Tabla 4.1. Inversión necesaria para el Plan de Renovación Tecnológica del SES. Años 2013-2030

Periodos	Inversión necesaria €
2013-2017	13.036.000
2018-2021	22.204.000
2022-2025	27.500.000
2026-2030	6.064.000
Total:	68.804.000

Fuente: Subdirección de Sistemas de Información. Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud (2013).

4.1. Análisis de la situación actual

Se realiza un estudio del parque instalado en todos los hospitales de la Comunidad. El resultado refleja una situación de obsolescencia elevada, con equipos que ya han cumplido su vida útil o próximos a cumplirla a corto (5 años) y medio plazo (10 años). Planteada la necesidad inminente de renovación de equipos debido al alto número de equipos afectados y su elevada repercusión económica, se denominó este avatar como Renovación Tecnológica del SES.

4.2. Estimación de la vida útil real

Del estudio se extrajeron datos de la intensidad de uso y vida útil real. La principal conclusión fue que la vida media estimada de estos aparatos es superior a los diez años que fijan los fabricantes.

4.3. Ajuste de precios por evolución de mercado

La estimación inicial suponía una inversión mayor, pero los precios se han ajustado a los obtenidos en las últimas adquisiciones y a la evolución del mercado en estos momentos. Como la proyección es a 17 años, la evolución de precios podrían hacer variar la cifra total de inversión necesaria.

4.4. Contratos de mantenimiento existentes

Partimos de una peculiaridad en la contratación: el contrato es por exclusividad debido a la tecnología de estos aparatos, lo que impide la libre competencia.

El mayor volumen de contratación está repartido entre cuatro marcas. El precio de los mismos es susceptible de ser rebajado, aunque el procedimiento de exclusividad impide la concurrencia y la pugna por un precio más bajo.

4.5. Negociación con las empresas de los contratos en vigor

Se han mantenido reuniones con las empresas para conseguir una reducción del precio del contrato y este importe aplicarlo a la renovación de equipos.

Se realiza a través del denominado Contrato de Mantenimiento con Renovación Tecnológica.

4.6. Resultados

A resultas de estas negociaciones se han obtenido acuerdos para reducir en los próximos 4 años (que es la duración del contrato) un total de 4.926.810 €, lo que supone un 23% sobre el importe de los contratos. De los cuales se destinan 4.360.000 € a la compra de equipos, mientras que el resto se dedica a la financiación y mantenimiento de estos equipos nuevos.

5. Actividad de educación para la salud frente a la obesidad infantil y juvenil

La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública importante. Es especialmente preocupante en España la obesidad en edad infantil y juvenil, ya que los niños y niñas obesos/as de hoy, serán los adultos del mañana con obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, cáncer y otras enfermedades.

Esta Actividad surgió en el marco de la Estrategia NAOS^(a5).

5.1. Objetivos

Su objetivo fundamental es disminuir los índices de obesidad infantil y juvenil en Extremadura, a través de la utilización de la educación para la salud, promocionando el ejercicio físico y la alimentación saludable.

Otros objetivos son:

- Disminuir la obesidad y el sobrepeso en personas adultas.
- Promover el ejercicio físico y la alimentación saludable como hábitos de vida muy saludables, para luchar contra todos los problemas de salud crónicos de nuestra población, incluidos algunos problemas de salud mental.
- Incentivar el consumo de alimentos saludables, en especial de frutas y verduras.
- Promover la realización de un mínimo de 30 minutos de ejercicio físico diario en todas las personas adultas y de 60 minutos en niños/as.

5.2. Metodología

La población diana son las/os alumnas/os de 2º y 5º curso de Educación Primaria, y 3º de Educación Secundaria Obligatoria de todos los centros educativos de Extremadura; así como al alumnado de Enseñanza Básica de los Centros de Educación Especial.

La actividad incluye:

- Formación: para el alumnado y la familia, mediante presentaciones para que los profesores las pudieran utilizar como material de apoyo en la formación y promoción del ejercicio físico y de la alimentación saludable.

- Concurso “Correo a una amiga o amigo. Asunto: ¡Mueve tu cuerpo!”. Tras la realización de ejercicio físico, se redacta un correo electrónico para invitar a otros chicos/as a hacer ejercicio físico, contando su experiencia.
- Compra y degustación de alimentos. Es necesaria la participación del centro y/o la asociación de madres y padres de alumnos/as, que financia dicha compra. Otra opción es que los estudiantes lleven alimentos para compartir.
- En todo momento existe un/a coordinador/a, que cuenta con colaboradores que actúan de mediadores, facilitando y guiando a los alumnos/as en todas las actividades.
- Memoria. Se redacta tras la realización de las actividades. Debe realizarse una crítica constructiva. Sus resultados sirven para mejorar la siguiente edición.

5.3. Evaluación y resultados

En 2013 se realizó la IX edición de esta Actividad de educación para la salud (EpS) frente a la obesidad infantil y juvenil. En ella se incluyó una novedad: el concurso “Correo a una amiga o amigo. Asunto: ¡Mueve tu cuerpo!”, dirigido a los alumnos/as de los centros que participan en la “Actividad 2013” de 5º de Educación Primaria, 3º E.S.O. y de Educación Especial. Las redacciones debían ser originales e inéditas, no pudiendo haber sido publicadas en ningún formato.

Los resultados totales de la Actividad aparecen reflejados a continuación:

Tabla 5.1. Número total de centros y de alumnos que participaron en la Actividad de EpS frente a la obesidad infantil y juvenil. Año 2013

Tipología de los centros participantes	Número total
Centros de Educación Especial	5
Centros de Educación Primaria	43
Centros de Educación Secundaria	55
Total de centros participantes	103
Alumnos/as participantes por tipo de centro y curso	Número total
Alumnos/as de Centros de Educación Especial	242
Alumnos/as de 2º de Educación Primaria	1.143
Alumnos/as de 5º de Educación Primaria	872
Alumnos/as de 3º de Educación Secundaria	2.805
Total de alumnos participantes	5.062

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. Año 2013.

Como se puede observar, los datos, tanto de centros como de alumnos participantes, han sido muy elevados durante el año 2013.

6. Procedimiento de control oficial de equipos de enfriamiento evaporativo

Este Procedimiento se elaboró al considerar que durante los últimos años se habían empezado a instalar y utilizar equipos para el enfriamiento del aire ambiente interior y exterior, así como para la conservación o refrigeración de ciertos productos alimentarios (microclimas y/o ventiladores con nebulización).

Si bien éstos eran considerados como de bajo riesgo, dado su uso específico podían suponer un riesgo importante en cuanto a la transmisión de Legionella (pues la distancia entre las personas y el punto de emisión del agua pulverizada es muy escasa y, además, el tamaño de las gotas es muy pequeño, lo que facilitaría en alto grado la inhalación de Legionella y, por tanto, la aparición de legionelosis).

Por ello se estimó oportuno incluir en el ámbito de aplicación del Programa Anual 2013 de Vigilancia y Control de Legionella, un procedimiento específico para el censado y control oficial de todos los "equipos de enfriamiento evaporativo" instalados en establecimientos o lugares públicos, como terrazas, cafeterías, calles comerciales o establecimientos alimentarios.

Para la elaboración del Procedimiento para el Control Oficial de Equipos de Enfriamiento Evaporativo se recurrió a la "Guía Técnica para la Prevención y Control de la Legionelosis en Instalaciones" [\(26\)](#), publicada por el MSSSI, y a la propia experiencia en control oficial de otras instalaciones de riesgo de proliferación y dispersión de Legionella, con el objetivo de poder realizar una primera estimación de las condiciones de uso y el riesgo real que pudiera suponer el empleo de estos equipos, así como paliar nuestras sospechas de la existencia de cierto desconocimiento de los riesgos de estas instalaciones por parte de los titulares.

6.1. Metodología del Procedimiento

El Procedimiento se diseñó de modo que se estandariza la inspección y la auditoría mediante protocolos (ambas sustentadas por un documento de apoyo), para llegar por último a la valoración del riesgo de cada equipo o instalación; de forma que, dando respuesta a cada ítem del protocolo, se obtiene una valoración del riesgo del requisito o característica a la que el ítem corresponde, como de bajo, medio y alto riesgo.

De este modo, se pueden calcular los índices de riesgo estructural, de mantenimiento y operacional, en base a los valores numéricos que se asignan a cada nivel de riesgo; y con ellos se puede establecer el riesgo que implican las características estructurales, de mantenimiento y operacionales, respectivamente.

Una vez obtenidos estos valores, podemos valorar el riesgo global de la instalación mediante el cálculo del índice global de riesgo, e iniciar, si resulta necesario en base al resultado, la aplicación de las oportunas medidas correctoras, tal como se indica en la siguiente tabla:

Tabla 6.1. Cálculo del índice global en base al Procedimiento de Control Oficial de Equipos de Enfriamiento Evaporativo. Acciones correctoras a aplicar en base a su resultado

Cálculo del índice global de riesgo	Resultado
(0,3 x índice estructural) + (0,6 x índice de mantenimiento) + (0,1 x índice operacional)	
Equivalencia	Acciones correctoras a aplicar en base al resultado
≤60: bajo	Aplicar los criterios del RD 865/2003 (17)
>60 y ≤80: medio	Adoptar medidas correctoras necesarias para disminuir el índice por debajo de 60 y aumentar la frecuencia de revisión de la instalación.
>80: alto	Adoptar medidas correctoras urgentes e inmediatas, que incluirán, en caso de ser necesario, la parada de la instalación hasta conseguir rebajar el índice.

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. Año 2013.

6.2. Resultados

En base a la metodología del Procedimiento, si bien hay que considerar que dicha campaña de control se perfiló como herramienta inicial de estimación de censado y de análisis de situación, se realizaron durante 2013 un total de 26 evaluaciones, cuyos resultados fueron los siguientes:

Tabla 6.2. Resultados de las evaluaciones realizadas en base al Procedimiento de Control Oficial de Equipos de Enfriamiento Evaporativo. Año 2013

Tipo de índice de riesgo	Valoración del riesgo		
	Bajo riesgo	Riesgo medio	Alto riesgo
Estructural	25	1	0
De mantenimiento	21	1	4
Operacional	24	1	1
Evaluación global del riesgo	24	1	1

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. Año 2013.

Como se puede observar, la gran mayoría de las evaluaciones realizadas concluyeron con una valoración de bajo riesgo, aunque hubo casos puntuales considerados como de riesgo medio y alto riesgo.

7. Protocolo de atención al niño/a y al adolescente con diabetes en la escuela ^(m8)

La diabetes mellitus constituye una enfermedad que debe ser controlada en todo momento lo más estrictamente posible, para lograr que el niño/a pueda desarrollarse de forma completa intelectual y físicamente, y gozar de una buena calidad de vida, tanto él/ella como su familia.

A nivel estatal, la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud promueve la implantación en las Comunidades Autónomas de protocolos de actuación específicos para el tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus en situaciones especiales, entre ellas, los casos en niños/as; así como el desarrollo de medidas de atención especial a niños/as con diabetes en circunstancias externas a su ámbito familiar.

7.1. Objetivos

El objetivo general de este protocolo será establecer y promover medidas de atención específica al niño/a y adolescente con diabetes mellitus dentro del ámbito educativo, velando por su control, seguridad e igualdad de oportunidades; y de apoyo a toda la comunidad educativa para favorecer su adaptación física, social y emocional a la enfermedad.

Entre los objetivos específicos podemos citar:

- Optimizar la atención integral al niño/a y adolescente con diabetes en los centros educativos, en colaboración con el Sistema Sanitario.
- Proporcionar un marco común de actuación que permita igualar las condiciones en que se presta la atención al niño/adolescente en los centros educativos de la CAE.
- Identificar y asignar el papel de cada uno de los profesionales implicados en la atención al niño/adolescente con diabetes en el ámbito educativo.
- Favorecer la coordinación en la atención al niño/a y adolescente con diabetes entre educadores, padres y personal sanitario.
- Capacitar a las personas del entorno educativo para que puedan atender óptimamente a los estudiantes con diabetes, favoreciendo su integración, y haciendo efectivo el principio de que todo alumnado escolarizado debe recibir una educación de calidad adaptada a sus necesidades independientemente de sus condiciones físicas, sociales, personales, etc.

7.2. Metodología

Este Protocolo establece las actuaciones necesarias para que los niños/as y adolescentes con diabetes mellitus se encuentren en el centro educativo como en sus propias casas. Persigue obtener un control óptimo de la glucemia en todo momento, y para ello fija los mecanismos de coordinación entre las administraciones educativa y sanitaria, las asociaciones y las familias, así como una serie de tareas para las administraciones sanitaria y educativa, asociaciones de afectados y familiares, comunidad educativa y equipos de atención primaria. Es decir, la metodología de su funcionamiento se basa en un trabajo intersectorial, donde

cada agente citado tiene unas funciones claramente establecidas, y en una coordinación efectiva entre todos ellos.

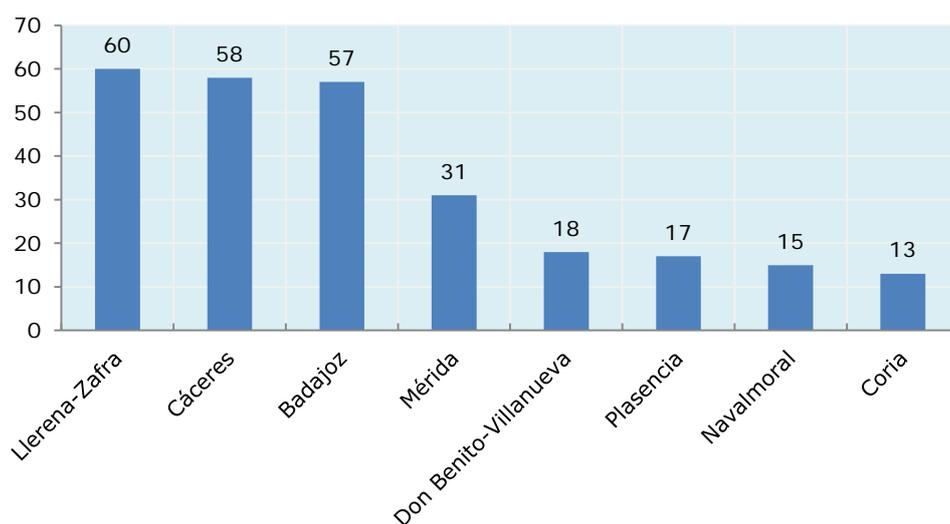
7.3. Evaluación y resultados

Durante el año 2013 se ha llevado a cabo una coordinación estrecha entre los Servicios Centrales del SES, los centros educativos, los centros de salud, las unidades de programas educativos y los Servicios Centrales de la Consejería de Educación y Cultura.

Además se ha apoyado a los centros educativos, asesorándoles telefónicamente y enviándoles materiales en soporte papel y frigoríficos.

El Protocolo, a fecha de finalización del curso académico 2012/2013, se estaba aplicando sobre 269 estudiantes con diabetes mellitus de 150 centros educativos, con la distribución por áreas de salud que se indica a continuación:

Gráfico 7.1. Estudiantes escolarizados con diabetes mellitus distribuidos por Áreas de Salud. Curso académico 2012/2013



Fuente: Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. Año 2013.

Existen tres Áreas de Salud que cuentan con más de 50 estudiantes cada una: Badajoz, Llerena-Zafra y Cáceres. Mientras que cuatro de ellas disponen de menos de 20 estudiantes (Don Benito-Villanueva, Coria, Plasencia y Navalmoral).

En cuanto a la distribución de los estudiantes con diabetes según su nivel educativo y el tipo de centro:

Tabla 7.1. Número de estudiantes escolarizados con diabetes mellitus según nivel educativo y tipo de centro. Curso académico 2012/2013 (datos a 30/06/2013)

Tipo de centro	Núm. centros	Núm. estudiantes	Promedio de estudiantes con diabetes por centro
Centros Educación Infantil y Primaria (públicos)	86	122	1,42
Centros Educación Secundaria Obligatoria exclusivos (públicos)	6	10	1,67
Centros Educación Secundaria (ESO+Bachillerato) (públicos)	41	101	2,46
Centros concertados y privados no universitarios	15	34	2,27
Centros Educación Especial	2	2	1,00
Evaluación global del riesgo	150	269	1,79

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. Año 2013.

Desde 2011 no se ha objetivado ninguna crisis hipoglucémica grave en ninguno de los centros educativos, lo que es un indicador de su buen funcionamiento.

Podemos concluir que el Protocolo tiene un alto nivel de adherencia y que se está aplicando óptimamente en toda Extremadura.

8. Proyecto operación salud

La Ley de Salud Pública de Extremadura establece, como uno de los órganos de participación ciudadana promotores de salud, a los agentes de salud comunitarios.

La escuela representa el marco idóneo para llegar a la población infantil y juvenil, y trabajar en la adquisición de hábitos saludables desde las primeras etapas de la vida.

Durante la adolescencia, a menudo las relaciones entre iguales toman una posición dominante. El proyecto trata de emplear esta influencia entre iguales de manera positiva, formando en diferentes temas de salud a un grupo de jóvenes voluntarios con un interés común y con valores como el respeto, la responsabilidad y el compromiso, para que desarrollen conocimientos y competencias adecuadas que después compartirán con sus iguales, informando y ayudando a otros jóvenes a que desarrollen conocimientos y competencias similares.

8.1. Objetivos

El objetivo general es promover la adquisición de hábitos saludables y prevenir enfermedades en la población de 14 a 16 años (alumnos de 3º y 4º de Educación Secundaria Obligatoria).

Como objetivos específicos podemos citar:

- Capacitar a jóvenes como agentes de salud comunitarios.
- Formar y entrenar a los agentes de salud en habilidades de comunicación.
- Fomentar estilos de vida saludable entre la población joven y, en su caso, cambios de conducta.
- Proporcionar a los jóvenes alternativas de ocio saludable, especialmente el deporte.

8.2. Metodología

Este proyecto sigue la metodología de formador de formadores y educación entre iguales, actuando sobre adolescentes y abordando múltiples temas prioritarios en salud pública.

Se trata de formar como agentes de salud comunitarios a un grupo de jóvenes líderes voluntarios de 14 a 16 años (alumnos de 3º y 4º de ESO). Son los Jóvenes Agentes de Salud (JAS). Esta primera etapa se ha denominado Programa JAS.

Posteriormente estos JAS ya formados, transmitirán los conocimientos adquiridos a sus iguales, sus compañeros. Es el Programa Iguales.

8.3. Evaluación y resultados del año 2013

Durante 2013 se ha desarrollado la primera etapa del proyecto, el Programa JAS, consistente en la formación de los Jóvenes Agentes de Salud en diferentes temas prioritarios de salud pública.

Los principales datos del Programa JAS en 2013 han sido los siguientes:

- Número de alumnos participantes: 28 alumnos de 14 a 16 años.
- Número de sesiones formativas celebradas:
 - 10 sesiones teóricas online.
 - 10 talleres teórico-prácticos presenciales.
- Coste total del Programa JAS: 5.110,12 €

Los alumnos han manifestado un alto grado de satisfacción con las actividades formativas, mostrando en todo momento un elevado interés por los temas tratados y una actitud participativa y activa, especialmente en el desarrollo de los talleres.

9. Programa ciudades saludables y sostenibles

Ciudades Saludables y Sostenibles es un movimiento municipal promovido por la Organización Mundial de la Salud en Europa desde 1986, en el marco de la Estrategia “Salud para Todos en el siglo XXI”. Su objetivo fundamental es mejorar la salud de los ciudadanos, potenciando estilos de vida saludables y un medio ambiente sostenible.

En el año 2002, la Junta de Extremadura puso en marcha el Programa “Ciudades Saludables y Sostenibles”. Desde entonces se han ido adhiriendo distintos municipios y mancomunidades al mismo, hasta constituirse la actual Red Extremeña de Ciudades

Saludables y Sostenibles, que conecta en la actualidad a 13 ayuntamientos y 6 mancomunidades.

Utiliza como pilares básicos la cooperación de todos los sectores de la comunidad (medio ambiente, sanidad, educación, servicios sociales, etc.) y la participación ciudadana.

9.1. Objetivos

El objetivo general de este Programa es fortalecer la capacidad local para impulsar actuaciones dirigidas a incrementar el nivel de salud de la población, mediante la promoción de estilos de vida saludables y el desarrollo sostenible en los municipios que integran la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles (RECSS).

Como objetivos específicos del mismo destacan:

- Aumentar la implicación de la comunidad en el cuidado de su propia salud.
- Desarrollar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, encaminadas a la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.
- Fomentar la adquisición de estilos de vida saludables.
- Mejorar la calidad ambiental de los municipios, dirigida a alcanzar un modelo de desarrollo sostenible.
- Contribuir a reducir las desigualdades en salud.
- Fomentar la coordinación y la colaboración intersectorial a nivel municipal, para aunar las acciones dirigidas a la promoción y protección de la salud.

9.2. Metodología

El Programa de Ciudades Saludables y Sostenibles desarrolla las actividades de promoción y protección de la salud contenidas en la Cartera de Servicios del mismo, que se dirigen a la población de los ayuntamientos y mancomunidades pertenecientes a la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles.

El Programa se articula mediante una subvención anual otorgada por el Servicio Extremeño de Salud a diferentes ayuntamientos y mancomunidades, para la contratación de un técnico responsable de la planificación, desarrollo y evaluación del mismo.

9.3. Evaluación y resultados del año 2013

Durante el año 2013 han formado parte de la RECSS un total de 19 entidades: 13 ayuntamientos y 6 mancomunidades de la Comunidad Autónoma de Extremadura; llegando a un total de 113 municipios y a más de 300.000 ciudadanos.

El presupuesto destinado al Programa Ciudades Saludables y Sostenibles por parte del Servicio Extremeño de Salud en 2013 ha sido de 400.000 €.

Los datos sobre las actividades desarrolladas en las entidades pertenecientes a la RECSS se relacionan en la siguiente tabla:

Tabla 9.1. Número total de actividades desarrolladas en los municipios pertenecientes a la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles, en el marco de las líneas de actuación contenidas en la Cartera de Servicios del Programa

	Núm. actividades	Núm. participantes
Promoción de alimentación saludable en la población general y, específicamente, en la población escolar (3-18 años), y en padres y madres	238	31.197
Promoción de la actividad física en la población general y, específicamente, en la población infantil y adolescente, y en padres y madres	169	21.705
Prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas	53	13.446
Educación afectivo-sexual. Prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados	38	11.758
Prevención del cáncer	88	15.206
Promoción de la lactancia materna	11	565
Seguridad vial y prevención de accidentes de tráfico	81	4.362
Envejecimiento activo	79	4.596
Promoción de una salud mental positiva y prevención del estrés	60	3.102
Consumo responsable de agua y energía	159	5.117
Aumento y mantenimiento de zonas verdes	167	3.659
Contaminación atmosférica	142	4.323
Gestión de residuos	333	11.869
Consumo responsable	95	7.426

Fuente: Dirección General de Salud Pública. Servicio Extremeño de Salud. Año 2013.

Índice de tablas

Tabla 1.1. Solicitudes de inclusión en el PASCAEX. Del 15 de julio al 31 de diciembre de 2013	6
Tabla 4.1. Inversión necesaria para el Plan de Renovación Tecnológica del SES. Años 2013-2030	14
Tabla 5.1. Número total de centros y de alumnos que participaron en la Actividad de EpS frente a la obesidad infantil y juvenil. Año 2013	16
Tabla 6.1. Cálculo del índice global en base al Procedimiento de Control Oficial de Equipos de Enfriamiento Evaporativo. Acciones correctoras a aplicar en base a su resultado	18
Tabla 6.2. Resultados de las evaluaciones realizadas en base al Procedimiento de Control Oficial de Equipos de Enfriamiento Evaporativo. Año 2013	18
Tabla 7.1. Número de estudiantes escolarizados con diabetes mellitus según nivel educativo y tipo de centro. Curso académico 2012/2013 (datos a 30/06/2013)	21
Tabla 9.1. Número total de actividades desarrolladas en los municipios pertenecientes a la Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles, en el marco de las líneas de actuación contenidas en la Cartera de Servicios del Programa	24

Índice de gráficos

Gráfico 1.1. Países de origen de los ciudadanos inmigrantes dados de alta en el PASCAEX. Del 15 de julio al 31 de diciembre de 2013 7

Gráfico 7.1. Estudiantes escolarizados con diabetes mellitus distribuidos por Áreas de Salud. Curso académico 2012/2013 20

Abreviaturas, acrónimos y siglas

C

CAE: Comunidad Autónoma de Extremadura

E

EpS: Educación para la salud

ESO: Educación Secundaria Obligatoria

H

HCD: Historia Clínica Digital

I

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social

IPREM: Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples

ISM: Instituto Social de la Marina

J

JAS: Jóvenes Agentes de Salud

M

MSSSI: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

N

NAOS: Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad

O

OMS: Organización Mundial de la Salud

P

PASCAEX: Programa de Atención Sanitaria de Seguimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura

R

RD: Real Decreto

RDL: Real Decreto-ley

RECSS: Red Extremeña de Ciudades Saludables y Sostenibles

S

SES: Servicio Extremeño de Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

T

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación

Bibliografía

- (1) Gobierno de Extremadura. Instrucción Conjunta nº 1 de 15 de julio de 2013, de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud y de la Dirección General de Planificación, Calidad y Consumo de la Consejería de Salud y Política Social, sobre creación y aplicación del Programa de Atención Sanitaria de Seguimiento en la Comunidad Autónoma de Extremadura (PASCAEX). Disponible en web:
<https://saludextremadura.gobex.es/web/portalsalud/listadoNovedadesMovil/-/portletGenericoContenido/9pjE/content/instruccion-sobre-creacion-y-aplicacion-del-programa-pascaex?redirect=/movil>
- (2) Jefatura del Estado. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE No. 98. 2012 abril 24: 31278-312. Disponible en web:
www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf
- (3) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. BOE No. 1868. 2012 agosto 4: 55775-86. Disponible en web:
http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10477
- (4) Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2004. 202 p. Disponible en web:
<http://amro.who.int/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>
- (5) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria; 2005. 38 p. Disponible en web:
www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/ficheros/estrategia/estrategianaos.pdf
- (6) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Guía técnica para la Prevención y Control de la Legionelosis en instalaciones [citado el 14 de octubre de 2014]. Disponible en web:
<https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/agenBiologicos/guia.htm>
- (7) Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 865/2003, de 4 de julio, por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis. BOE No. 171. 2003 julio 18: 28055-69. Disponible en web:

www.boe.es/boe/dias/2003/07/18/pdfs/A28055-28069.pdf

- (8) Junta de Extremadura. Protocolo de Atención al Niño/a y al Adolescente con Diabetes en la Escuela. Jaraíz de la Vera: Consejería de Sanidad y Dependencia. Consejería de Educación; 2010. 100 p. Disponible en web:

<http://www.saludextremadura.com/web/portalsalud/profesionales/listadoDestacados/-/destacados/GqM8/content/protocolo-de-atencion-al-nino-a-y-adolescente-con-diabetes-en-la-escuela?redirect=/profesionales>

Informe anual
del Sistema Nacional
de Salud 2013
Galicia



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	3
Resumen	4
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	7
1. Actuaciones relacionadas con la organización, la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria	7
1.1. Estratificación por riesgo de la población adulta de Galicia	7
1.2. Teleseguimiento en el hogar de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tras el alta	10
1.3. Consulta telefónica en atención primaria para toda Galicia.....	11
1.4. Proyecto e-interconsulta.....	12
1.5. Proyecto Resistencia Zero.....	14
1.6. Comisión gallega de estrategia contra el dolor	16
1.7. Sistematización, documentación e implantación del procedimiento de atención al paciente con dolor crónico no oncológico.....	16
1.8. Cirugía segura. Proyecto Joint Action-WP 5.....	17
2. Actuaciones relacionadas con la prevención y promoción de la salud.....	19
2.1. Vacunas	19
2.2. Programas de estilo de vida saludable y educación para la salud	21
2.3. Programa Gallego de cribados.....	23
3. Mejoras en la gestión de recursos humanos	26
3.1. Expediente profesional electrónico (expediente-e)	26
3.2. Plataforma de oferta pública de empleo del SERGAS	27
3.3. Actuaciones para la integración de la prevención de riesgos laborales en el SERGAS	27
4. Actuaciones relacionadas con el uso racional del medicamento.....	29
4.1. Programa de mejora de la calidad en la atención a los pacientes crónicos polimedicados en el SERGAS	29
Índice de tablas.....	31

Índice de Gráficos.....	32
Abreviaturas, acrónimos y siglas	33

Demografía y entorno económico

	Galicia	España	Fuente
Población	2.753.230	46.593.236	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	48,4	49,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	51,6	50,8	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	11,9	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	64,7	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	23,3	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	7,2	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	6,4	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

La comunidad autónoma de Galicia apuesta por la utilización de las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud, así como poner especial énfasis en la calidad de las atenciones y la mejora de la gestión de recursos humanos, considerando todas ellas medidas que mejorarán la efectividad y eficiencia de nuestro sistema. A continuación se relaciona un resumen de las medidas que se detallarán en el cuerpo del documento.

La Estratificación por riesgo de la población adulta de Galicia utilizando como herramienta el agrupador poblacional "Clinical Risk Grouping Software (CRGs)", se consigue clasificar a los pacientes en grupos homogéneos según su morbilidad (estado de salud y nivel de complejidad). Esto permite analizar el comportamiento de determinados indicadores como la frecuentación de urgencias, los ingresos urgentes, el consumo farmacéutico, los reingresos, etc., y conocer cómo se comporta cada cupo de atención primaria para cada uno de los indicadores definidos, y la posibilidad de compararse con su Servicio, su Estructura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI) y el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) en su conjunto.

El proyecto de Teleseguimiento en el hogar de pacientes con EPOC posibilita disponer de un canal bidireccional de comunicación entre el Servicio de Salud y el paciente y sus cuidadores, con el fin de hacerlos más competentes para el manejo de su enfermedad.

La consulta telefónica en atención primaria para toda Galicia pone a disposición de la ciudadanía una herramienta que favorece la accesibilidad a la consulta con su médico de cabecera, lo que potencia la equidad, la efectividad y la eficiencia de los servicios de salud, sobre todo teniendo en cuenta la estructura de la población gallega (envejecimiento, dispersión geográfica ...). Planteada como complemento a la atención presencial, desde luego irrenunciable, permite agilizar las consultas, disminuyendo las interrupciones por llamadas telefónicas no programadas de los pacientes y los tiempos de espera, evita desplazamientos innecesarios y favorece la conciliación familiar y laboral.

El Proyecto e-interconsulta es otra de las estrategias de atención no presencial planteada por el SERGAS. Pone a disposición de los profesionales un canal bidireccional de comunicación entre la atención primaria y la atención hospitalaria, para la remisión de consultas acerca de cuestiones relacionadas con el diagnóstico o el tratamiento de procesos manejados desde el primer nivel asistencial. El objetivo es mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria y al mismo tiempo mejorar la coordinación asistencial.

El Proyecto Resistencia Zero tiene como objetivo reducir en un 20% los pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes (BMR), en las 48 horas siguientes a su ingreso en Unidades de Cuidados Críticos. Para ello se ponen en marcha dos actividades: STOP BMR (paquete de recomendaciones para prevenir la emergencia y/o la diseminación de microorganismos multirresistentes en paciente críticos) y el Plan de Seguridad Integral que persigue promover y fortalecer la cultura de la seguridad en el trabajo diario en las Unidades de Cuidados Críticos.

La Comisión gallega de estrategia contra el dolor en 2013 priorizó como líneas de trabajo:

- El desarrollo de la Estrategia “Dolor Infantil Zero”. Con la normalización de los procedimientos de atención al dolor en el paciente en edad pediátrica.
- La implantación del procedimiento de atención al Dolor Crónico no Oncológico en al menos el 25% de los servicios de Atención Primaria.
- El análisis de la situación de las Unidades de atención al dolor.

En el campo de la prevención, el ejemplo más claro de actuaciones eficientes y efectivas es la utilización de las vacunas. Este es un ámbito en el que Galicia siempre estuvo en la vanguardia y continuamos en ella, ya que desde la temporada 2010-2011 se incorporaron a la vacunación antigripal las personas mayores de 60 años, y un programa piloto de vacunación contra el neumococo.

En el marco de las estrategias de abordaje de la cronicidad desde el punto de vista de la promoción de estilos de vida saludables, se diseñó el Plan para la Prevención de la Obesidad Infantil en Galicia (Plan Xermola). Así mismo se diseñó y se puso en marcha la iniciativa “Xente con Vida”, plataforma de comunicación 2.0 (web, redes sociales, blog...), que recibió el premio Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) de promoción de una alimentación saludable en el ámbito familiar y comunitario.

En cuanto a los cribados destaca la cobertura del 100% en el programa de detección de sordera neonatal y detección de metabopatías. También la cobertura y resultados del programa para la detección precoz del cáncer de mama es muy reseñable, estando ya digitalizadas todas las unidades. Se ha realizado en 2013 un proyecto piloto de detección precoz del cáncer colorrectal en el área de Ferrol; las primeras evaluaciones nos están permitiendo verificar que los resultados del mismo cumplen satisfactoriamente con los estándares previstos en las guías internacionales.

El expediente profesional electrónico (expediente-e) es una herramienta de gestión de la información curricular y un punto de encuentro entre la Administración y los profesionales del sector sanitario público en Galicia. Contiene datos reales de experiencia, formación, actividad científica, etc. A través del expedient-e se instrumentalizan casi la totalidad de procesos de selección y provisión del sistema (oferta de empleo público, listas de selección temporal, concurso de traslados...).

La Plataforma de oferta pública de empleo del SERGAS es una herramienta informática para la elaboración de exámenes en un entorno seguro. Mediante el uso de las nuevas tecnologías de cifrado, se incrementa la seguridad del proceso, reforzando las garantías de aplicación de los principios de igualdad, mérito y capacidad en el acceso al empleo público

La Consejería de Sanidad y el SERGAS desarrollaron una campaña para garantizar la vigilancia periódica de la salud de los más de 36.000 profesionales que integran la sanidad pública de Galicia, poniendo a disposición del personal la posibilidad de solicitar telemáticamente la realización de su reconocimiento médico laboral. Además, la Consejería de Sanidad y el SERGAS, con el apoyo de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria (FEGAS), ofrecen a los profesionales que integran la sanidad pública de Galicia una línea formativa on-line en materia de prevención orientada a los riesgos concretos que pueden estar presentes en su lugar y/o puesto de trabajo y las medidas preventivas o de protección que deben seguirse. También caben destacar las actuaciones en materia de violencia laboral,

considerada como un riesgo laboral emergente que no puede tratarse como un problema individual ni aislado puesto que afecta a la sociedad en su conjunto.

Destaca el programa de mejora de la calidad en la atención a los pacientes crónicos polimedicados, en el marco de las políticas comunes del SNS, con el objetivo de “Mejorar la calidad asistencial y la prestación farmacéutica de los pacientes crónicos polimedicados mediante el asesoramiento sobre el uso de fármacos, la educación sanitaria y una adecuada colaboración entre profesionales sanitarios”.

1. Actuaciones relacionadas con la organización, la accesibilidad y la calidad de la atención sanitaria

La Estrategia del Servicio Gallego de Saúde (SERGAS) incorpora la utilización intensiva de las tecnologías de la información y la comunicación como una de las fuerzas que influyen en el sector de la salud y representan una revolución asistencial por las nuevas posibilidades que aportan a la atención sanitaria y a la integración de niveles asistenciales. Este hecho ha sido explícitamente reconocido por la propia Comisión Europea, que ha designado a Galicia como *reference site* en envejecimiento activo y saludable.

1.1. Estratificación por riesgo de la población adulta de Galicia

En el SERGAS se llevó a cabo en 2013 la estratificación por riesgo de la población adulta de Galicia, utilizando como herramienta el agrupador poblacional "Clinical Risk Grouping Software (CRGs)" clasificando a los pacientes en grupos homogéneos según su morbilidad.

La información utilizada a la entrada del agrupador fue:

1. Información demográfica (edad y sexo): Población adulta de Galicia.
2. Información clínica (diagnósticos y procedimientos en cada contacto del paciente con el sistema sanitario).
 - Episodios en AP codificados con CIAP: 24 meses anteriores.
 - Episodios hospitalarios (CMBD) codificados con CIE-9-MC: 5 años anteriores.
 - Farmacia: en receta oficial, 24 meses anteriores, en Farmacia Hospitalaria de dispensación ambulatoria, últimos 12 meses.

Como resultado de esta estratificación obtuvimos una clasificación de la población en diferentes niveles de detalle según estado de salud y nivel de complejidad, tal y como se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 1.1. Clasificación de la población adulta de Galicia según estado de salud y nivel de complejidad. Año 2013

Estado de salud	Nivel complejidad						Total
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6	
Necesidades sanitarias elevadas							
población	362	3.272	1.513	2.717	448	1.194	9.506
% sobre total	0,01	0,14	0,06	0,11	0,02	0,05	0,39
Neoplasias complejas							
población	6.050	10.997	11.389	5.802	833		35.071
% sobre total	0,25	0,46	0,47	0,24	0,03		1,45
Enfermedades Crónicas dominantes (3+)							
población	13.319	10.971	22.543	5.341	3.484	1.097	56.755
% sobre total	0,55	0,45	0,93	0,22	0,14	0,05	2,35
2 Enfermedades Crónicas significativas							
población	389.930	139.983	106.786	72.421	23.691	1.992	734.803
% sobre total	16,14	5,79	4,42	3,00	0,98	0,08	30,41
1 Enfermedad Crónica significativa							
población	326.847	81.923	16.801	1.379	1.362	91	428.403
% sobre total	13,53	3,39	0,70	0,06	0,06	0,00	17,73
Enfermedades Crónicas menores							
población	22.443	3.744	17.895	7.839			51.921
% sobre total	0,93	0,15	0,74	0,32			2,15
1 Enfermedad Crónica menor							
población	127.387	30.482					157.869
% sobre total	5,27	1,26					6,53
Trastornos agudos							
población	110.386						110.386
% sobre total	4,57						4,57
Partos							
población	4.907	834					5.741
% sobre total	0,20	0,03					0,24
Sanos							
población	443.100	24.969					468.069
% sobre total	18,34	1,03					19,37
No usuarios							
población	357.850						357.850
% sobre total	14,81						14,81
Total							
población							2.416.374
% sobre total							100

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria elaborado a través de sistemas de información analítica clínica del SERGAS, episodios codificados en atención primaria (CIAP) y hospitalaria (CMBD), y datos de prescripción electrónica.

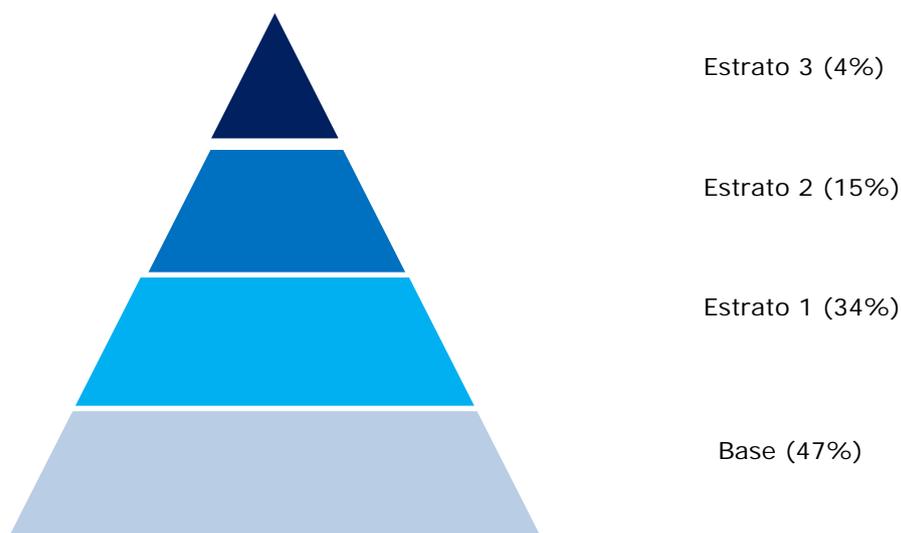
Para tener una visión más manejable, que pueda ser utilizada por los diferentes destinatarios, se agregaron los 41 grupos en una pirámide de 4 estratos cuyo resultado es el siguiente:

Tabla 1.2. Estratificación por riesgo de la población adulta de Galicia. Año 2013

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5	Nivel 6
Necesidades sanitarias elevadas						
Neoplasias complejas						
Enf. Crónicas dominantes (3+)						
2 Enf. Crónicas significativas						
1 Enf. Crónica significativa						
Enf. Crónicas menores						
1 Enf. Crónica menor						
Trastornos agudos						
Partos						
Sanos						
No usuarios						

Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria elaborado a través de sistemas de información analítica clínica del SERGAS, episodios codificados en atención primaria (CIAP) y hospitalaria (CMBD), y datos de prescripción electrónica.

Gráfico 1.1. Estratificación por riesgo de la población adulta de Galicia. Año 2013



Fuente: Dirección General de Asistencia Sanitaria elaborado a través de sistemas de información analítica clínica del SERGAS, episodios codificados en atención primaria (CIAP) y hospitalaria (CMBD), y datos de prescripción electrónica.

A su vez, se diseñó un sistema de análisis (SIAC) de esta información devuelta por el agrupador, que nos permite analizar el comportamiento de determinados indicadores como, la frecuentación de los servicios de Urgencias (Puntos de Atención Continuada y Urgencias Hospitalarias), los ingresos urgentes, el consumo farmacéutico (tanto en receta oficial como en farmacia hospitalaria de dispensación ambulatoria), los reingresos en 30 días, la tasa de ingreso por insuficiencia cardíaca, la tasa de ingreso por EPOC, las consultas hospitalarias procedentes de AP, permitiéndonos llegar a nivel de cada profesional médico de AP y conocer cómo se comporta CADA CUPO para cada uno de estos indicadores definidos, y compararse con su Servicio, su Estructura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI) y el SERGAS en su conjunto.

1.2. Teleseguimiento en el hogar de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tras el alta

El SERGAS desarrolla actualmente la línea denominada "*Fogar Dixital*", enmarcada dentro del proyecto *InnovaSaúde*, que posibilita disponer de un canal bidireccional de comunicación entre el Servicio de Salud y el paciente y sus cuidadores, para enviar a éste los recordatorios de autocuidados y buenas prácticas que debe seguir para el manejo de su enfermedad. También permite solicitar, recibir y gestionar datos de sus constantes –presión arterial, temperatura, peso, pulso, glucosa, etc.- para que un profesional o un algoritmo revisen y comprueben el estado del paciente.

Dentro de "*Fogar Dixital*" se contempla un subproyecto específico denominado *TELESEGUIMIENTO EN EL HOGAR DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR*

OBSTRUCTIVA CRÓNICA TRAS EL ALTA (EPOC) que además de desarrollar el proyecto global, permite a Galicia participar en un estudio a nivel europeo en el que también participan servicios de salud del Reino Unido, Noruega y Alemania. El objetivo de esta iniciativa es, en primer lugar, analizar la influencia del control mediante telemonitorización sobre el número de reagudizaciones, hospitalizaciones y mortalidad de los pacientes con EPOC y, en segundo lugar, si los resultados son los esperados, su posterior extensión para ser realizada de forma automatizada con todos los pacientes protegidos por el SERGAS.

1.2.1. Metodología

El estudio, que cuenta con el apoyo de la Sociedad Gallega de Patología Respiratoria (SOGAPAR) y la colaboración de todos los neumólogos de la Comunidad, se inició a finales de 2013 y se extenderá hasta marzo de 2015, y en él deberán incluirse 500 pacientes como mínimo. Se realizarán 3 niveles de telemonitorización:

- Nivel alto, que puede durar entre 5 y 30 días, con un tiempo medio de 10 días. El paciente se hace diariamente una pulsioximetría y contesta, mediante una tableta, un cuestionario clínico. Después de enviar los resultados, personal de enfermería específicamente dedicado al programa se pone en contacto con él mediante videoconferencia para completar el seguimiento.
- Nivel medio/moderado, que dura desde las 4 semanas hasta un máximo de 12. También realiza diariamente pulsioximetría y contesta al cuestionario clínico. La enfermería únicamente contacta con el paciente si hubiese algún problema.
- En el nivel bajo, último nivel, durante lo que resta del año, responde al cuestionario clínico a voluntad.

Durante el año 2013 se llevó a cabo la preparación de la metodología a utilizar durante el tiempo de estudio y pilotaje: Contacto con empresas externas para tener disponible el aparataje necesario (pulsioxímetros, tabletas), hacer accesible y con lenguaje sencillo en la tableta el cuestionario clínico, y lo más importante, desarrollar las plantillas tanto para que los neumólogos cubran los datos clínicos del paciente, como para que la enfermería registre los resultados obtenidos, y que estarán disponibles en la historia clínica electrónica de Galicia (IANUS) para ser consultados por todos los profesionales.

1.3. Consulta telefónica en atención primaria para toda Galicia

Ante los problemas que se nos plantean en la población de nuestra Comunidad (dispersión geográfica, envejecimiento, dificultad para la movilización,...) se consideró que la atención telefónica podría ser una solución para mejorar la accesibilidad de los pacientes a los servicios de salud, y se realizó una prueba de concepto para analizar los resultados de la puesta en marcha de ser atendido en formato no presencial para un proceso nuevo de consulta médica (problema de salud, gestión de recetas, informes, etc) en atención primaria: la consulta telefónica.

1.3.1. Metodología

Mayo/Noviembre 2013. Prueba de concepto:

- Reuniones organizativas con los médicos y administrativos que participaron en el piloto.
- Reuniones con la *Subdirección Xeral de Sistemas e Tecnoloxías da Información* para coordinar los cambios necesarios en la historia clínica electrónica (IANUS), agendas de los profesionales, etc.
- El pilotaje se llevó a cabo en 7 centros de salud, uno por cada EOXI en las que está dividida Galicia.
- Encuesta de satisfacción a los pacientes atendidos.
- Análisis de los resultados

Extensión a todos los médicos de atención primaria (1.800) a partir del 2 de diciembre del 2013.

1.3.2. Resultados

Pilotaje, el 12,35% de los pacientes aceptaron ser atendidos telefónicamente de los cuales tan sólo se derivaron para ser atendidos de forma presencial el 2,57%.

Encuesta pacientes, el 93% de los pacientes consideraron que la experiencia de la consulta telefónica fue buena o muy buena; el 95% consideraron apropiado el tiempo de atención y el 93% entendieron bien las explicaciones dadas por su médico durante la consulta.

Asimismo, manifestaron una mayor percepción de accesibilidad.

Resultados del primer mes de extensión del programa (2 de diciembre del 2013 al 5 de enero del 2014), el 5% de los pacientes solicitaron cita para ser atendidos por teléfono (10.762 pacientes) y tan sólo el 0,1% estas consultas fueron derivadas a presencial.

En líneas generales, podemos afirmar que la consulta telefónica pone a disposición de la ciudadanía una herramienta que favorece la accesibilidad a la consulta con su médico de cabecera, lo que potencia la equidad, la efectividad y la eficiencia de los servicios de salud.

Además, permite agilizar las consultas de atención primaria, conservando la misma capacidad de respuesta en la asistencia, disminuyendo las interrupciones de la consulta por llamadas telefónicas no programadas de los pacientes y los tiempos de espera, evita desplazamientos innecesarios y favorece la conciliación familiar y laboral.

En Marzo de 2014 la consulta telefónica se generalizó a todas las categorías profesionales de Atención Primaria (pediatría, enfermería, matronas, trabajadores sociales, odontólogos, etc.).

1.4. Proyecto e-interconsulta

El SERGAS desarrolla actualmente distintas estrategias dentro de la atención no presencial. El proyecto denominado "e-interconsulta", enmarcado dentro de la estrategia de fomento de la gestión integrada y la continuidad asistencial, pretende poner a disposición de los profesionales un canal bidireccional de comunicación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, para la remisión de consultas acerca de cuestiones relacionadas con el

diagnostico o el tratamiento de procesos manejados desde el primer nivel asistencial. El objetivo es mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria y al mismo tiempo reducir el espacio que separa ambos niveles asistenciales y que a veces resulta demasiado tangible para los pacientes.

Dentro de este proyecto se contempla el desarrollo de una solución informática específica, para la derivación general entre primaria y hospitalaria, denominada Gestor de Peticiones (GPE) que además de incorporar toda la lógica correspondiente a las derivaciones (prestaciones, agendas, centros de especialidades, hospitales del área, centros de referencia), permitirá el abandono del soporte papel en este tipo de transacciones, incorporando un resumen de la situación clínica precisa para la derivación, así como cualquier campo adicional establecido. Dado que la solución se articula sobre la Historia Clínica Electrónica (IANUS), no es preciso incorporar la información ya recogida en esta, estando toda ella accesible tanto para el profesional que indica la interconsulta como de quien la resuelve.

1.4.1. Metodología

Esta modalidad de atención está disponible en el SERGAS desde hace años, especialmente en las áreas de dermatología, radiología y oftalmología, habiendo supuesto en cualquiera de ellas, con alguna excepción, una actividad testimonial, de uso desigual en la indicación y en la resolución.

Esta solución se apoyaba sobre una herramienta propia de atención primaria (SIGAP) dirigida específicamente a la interconsulta no presencial, y no estaba integrada en IANUS. Durante 2013 se llevaron a cabo una serie de modificaciones en SIGAP que posibilitaron la integración de las interconsultas hechas en IANUS, de forma que las solicitudes pudieron ser ya realizadas, consultadas y respondidas sobre un único soporte electrónico, lo cual permitió una integración hasta ese momento no alcanzada. Esto supuso un impulso decisivo a esta modalidad asistencial que se incorporó a todos los centros del SERGAS.

Por otro lado se finalizó y se puso en marcha el GPE en un centro piloto, la EOXI de Santiago, que tras dar la oportuna formación a todos los profesionales de atención primaria y hospitalaria, y la configuración de la herramienta, inició el uso de la petición electrónica, tanto para consultas presenciales como para no presenciales.

1.4.2. Resultados

En 2013 el número de “e-interconsultas” entre atención primaria y hospitalaria en formato no presencial pasó de las 9.000 a las 18.000 y se establecieron programas específicos para que esta fuese la vía de derivación exclusiva entre ambos niveles para determinadas especialidades y en determinadas áreas (endocrinología, cardiología y dermatología).

La previsión es que de manera paulatina esta herramienta vaya ganando terreno en todos los centros y en más especialidades, con la finalidad última de resolver lo más ágilmente en atención primaria todo aquello que sea posible sin necesidad de derivar al paciente.

1.5. Proyecto Resistencia Zero

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad estableció el 1 de abril de 2014 como fecha para el inicio de la implantación del programa en las Unidades de Cuidados Críticos. Así, durante el año 2013 se llevaron a cabo actuaciones para hacer posible su puesta en marcha.

1.5.1. Objetivo principal

Reducir en un 20% los pacientes en los que se identifica una o más bacterias multirresistentes (BMR), en las 48 horas siguientes a su ingreso en Unidades de Cuidados Críticos.

1.5.2. Objetivos secundarios

- Describir el mapa de BMR en las unidades de pacientes críticos españolas, diferenciando las que se identifican en el momento de ingreso y las que aparecen a partir de las 48 h de estancia en dichos servicios
- Promover y reforzar la cultura de seguridad en las unidades de pacientes críticos españolas.
- Crear una red de Unidades de Cuidados Críticos, a través de las CCAA, que apliquen prácticas seguras de efectividad demostrada.

1.5.3. Contenido de la intervención

La intervención para la prevención de la emergencia de bacterias multirresistentes (BMR) en paciente críticos "*Proyecto Resistencia Zero*", consiste en la aplicación de dos actividades complementarias e igualmente importantes que deben ser realizadas a nivel de las unidades que atienden pacientes críticos:

- a) STOP BMR. La intervención estandarizada mediante la aplicación de un paquete de recomendaciones para prevenir la emergencia y/o la diseminación de microorganismos multirresistentes en paciente críticos.
- b) El Plan de Seguridad Integral (PSI), que persigue promover y fortalecer la cultura de la seguridad en el trabajo diario en las Unidades de Cuidados Críticos. El programa de seguridad integral, aunque pueda parecer colateral a la intervención estandarizada del Proyecto "*Resistencia Zero*", ha demostrado ser esencial para la consecución de los objetivos de los proyectos Bacteriemia Zero y Neumonía Zero, de manera que no se puede contemplar aplicar las recomendaciones STOP BMR sin aplicar el PSI.

Los equipos que participen en el proyecto "*Resistencia Zero*" se comprometerán a implementar en sus servicios los dos brazos de la intervención.

1.5.4. Criterios de inclusión

Se incluirán todas las unidades que atienden pacientes críticos de adultos que voluntariamente opten por participar en el proyecto. Se incluirán en el estudio a todos los pacientes ingresados en las unidades de pacientes críticos durante más de 23 horas en el

periodo de implementación y desarrollo del proyecto RZ. Se seguirán los pacientes de forma prospectiva durante todo el ingreso y en las 48 horas siguientes a su alta de Unidad de Cuidados Críticos, incluyendo todos los casos de infección y/o colonización por BMR diferenciando aquellos en los que las BMR estaban presentes en el momento de ingreso (adquisición extra-Unidad de Cuidados Críticos) de aquellas que se identificaron en las siguientes 48 horas después de su ingreso y en las 48 siguientes a su traslado a otra unidad (adquisición intra-Unidad de Cuidados Críticos).

1.5.5. Registro de datos

Los datos se registrarán en una plataforma web diseñada para este programa, al igual que se hizo con los programas Bacteriemia Zero y Neumonía Zero.

1.5.6. Organización

Existe un coordinador autonómico a nivel central y un coordinador asistencial, especialista en Cuidados intensivos y miembro del grupo de trabajo nacional que está desarrollando este programa. Además, en cada Unidad que participe en el programa existirá un médico intensivista y un diplomado en enfermería que serán los responsables del proyecto y que compartirán las tareas de liderazgo. Ambos participarán en las reuniones previas de formación, recibirán los materiales y se responsabilizarán de crear equipos que materialicen el programa en la UCI.

1.5.7. Medidas de evaluación y seguimiento

- Encuesta de estructura previa y posterior a la implantación del programa.
- Encuesta de cultura de seguridad de los profesionales de las Unidades. Cuestionario de la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) validado para los hospitales del SNS.
- Evolución de la formación

1.5.8. Indicadores asistenciales

- Tasa de pacientes con uno o más MMR (microorganismos multirresistentes) adquiridos en UCI.
- Tasa de pacientes con uno o más MMR identificados en las neumonías relacionadas con ventilación mecánica (NVM) y en las bacteriemias primarias o relacionadas con catéter vascular (BP-CV) por 1000 días de estancia en UCI.
- Tasa de pacientes con un determinado MMR por 1000 días de estancia en UCI.
- Tasa de días libre de uso de antimicrobianos.
- Tasa de uso de antimicrobianos utilizados en infecciones adquiridas en UCI.
- Tasa de uso de determinados antibióticos o familia de antibióticos.
- Dosis diaria definida (DDD) global de antimicrobianos.

1.5.9. Evaluación de la adherencia a las medidas incluidas en el programa

- Tasa de pacientes en los que se ajusta el tratamiento antimicrobiano.

- Tasa de pacientes-día en los que se aplica el aislamiento preventivo.
- Número de observaciones de higiene de manos realizadas por mes.
- Número de litros de solución alcohólica por 1000 días de estancia en UCI.
- Número de camas de UCI con preparados de base alcohólica en el punto de atención al paciente.

1.6. Comisión gallega de estrategia contra el dolor

El 7 de febrero de 2012, el DOG publica el Decreto 60/2012 por el que se crea la Comisión Gallega de Estrategia contra el Dolor y se establece su composición, organización y funcionamiento.

La Comisión está presidida por el Director de Asistencia Sanitaria, es multidisciplinar y en ella participan 14 vocales, de los cuales dos son pacientes que padecen enfermedades con dolor crónico.

En 2013 se priorizaron las siguientes líneas de trabajo:

- Desarrollo de la Estrategia “Dolor Infantil Zero”. Normalización de los procedimientos de atención al dolor en el paciente en edad pediátrica.
- Diseño y desarrollo de un curso de formación de formadores para la implantación del procedimiento de atención al paciente con dolor crónico no oncológico. Con este curso se pretende formar profesionales de referencia para que luego hagan la formación en cascada en las EOXI.
- Implantación del procedimiento de atención al Dolor Crónico no Oncológico en el ejercicio 2013 en al menos el 25% de los servicios de Atención Primaria.
- Análisis de la situación de las Unidades de atención al dolor de la Comunidad.
- Seguir trabajando en la formación continuada de los profesionales en la línea de atención al paciente con dolor, poniendo en marcha este año un curso de formación dirigido a profesionales de enfermería.
- Diseño de un Plan de Formación centrado en el Dolor dirigido a pacientes/cuidadores y ciudadanos en general: escuela de dolor y formación online dirigido a pacientes centrada en la atención al paciente con dolor.

1.7. Sistematización, documentación e implantación del procedimiento de atención al paciente con dolor crónico no oncológico

En Junio de 2013 el grupo de trabajo multidisciplinar para desarrollar esta línea de trabajo priorizada por la Comisión del Dolor, finalizó el procedimiento.

Para poder codificar el dolor crónico no oncológico, y realizar el seguimiento del proceso de atención a estos pacientes, ha sido necesario solicitar al Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad un código CIAP-2. Este código ha sido concedido en Agosto 2013 y es “A01.01”.

El grupo de trabajo ha diseñado un curso de formación online para facilitar la implantación del procedimiento en los Servicios de Atención Primaria y ha elaborado todos los materiales de esta actividad formativa. De este modo creemos que facilitamos la accesibilidad de los profesionales a la información y a la formación.

En el mes de octubre se impartió la primera edición del curso de formador de formadores en atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO). En esta edición de 20 horas, acreditada con 4.3 créditos para los profesionales sanitarios, han participado un total de 100 profesionales de Atención Primaria.

El documento del procedimiento completo y la versión abreviada así como todos los contenidos del curso han sido incorporados a la intranet corporativa, para facilitar su disponibilidad para la consulta y utilización por parte de los profesionales de las EOXI.

1.8. Cirugía segura. Proyecto Joint Action-WP 5

El SERGAS participa en este proyecto Europeo de implementación de prácticas seguras dentro del proyecto WP5 de la Acción Conjunta PaSQ. Participamos en el proyecto Mejora de la seguridad quirúrgica mediante la introducción de listas de verificación ("checklists") con la EOXI Ourense, Verín y Barco de Valdeorras, que lo aplicará en sus tres hospitales.

Este proyecto se inició en mayo de 2013 y finalizará en septiembre de 2014.

Los países participantes se comprometen a implantar estas prácticas seguras con las herramientas que establece el grupo coordinador de cada proyecto y a realizar la evaluación de la implementación de las mismas aplicando cuestionarios normalizados e indicadores consensuados por los países participantes.

1.8.1. Objetivo

Garantizar la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica mediante la implementación del listado de verificación quirúrgica (LVQ) en toda la EOXI de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

1.8.2. Objetivos secundarios

- Verificar puntos de control en relación con la actividad quirúrgica para reducir la probabilidad de daño evitable, aumentando la seguridad del paciente.
- Asegurar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas.
- Garantizar la aplicación del marco legal de referencia.

1.8.3. Alcance

Todas las intervenciones de cirugía mayor programadas y ambulatorias realizadas en los hospitales de la EOXI de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.

1.8.4. Secuencia de acciones a realizar

La EOXI se plantea una implementación progresiva en los 3 hospitales, de manera que se comenzará en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), concretamente en 4 quirófanos que harán de piloto y se irá extendiendo progresivamente a todas las intervenciones de cirugía llevadas a cabo en el CHUO. En una fase posterior se implementará el uso del LVQ en los hospitales de Verín (HV) y Hospital comarcal de Valdeorras (HCV).

1.8.5. Planificación

La secuencia de acciones a realizar es la siguiente:

- Elaboración de un procedimiento común para toda el área.
- Diseño del LVQ para el área.
- Presentación del proyecto al personal del grupo de trabajo Kaizen de bloque quirúrgico del CHUO.
- Presentación del proyecto a los Servicios quirúrgicos.
- Cobertura por parte de los 3 hospitales de cuestionario inicial de PaSQ enviado a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

1.8.6. Sistemática de seguimiento

Reuniones periódicas del responsable por hospital con grupo de quirófano en cada uno de los hospitales. Reuniones periódicas de área de los responsables de los 3 hospitales con el coordinador del proyecto. Auditorías internas periódicas

1.8.7. Medición de cumplimiento. Indicadores

- Porcentaje de cumplimiento. Este indicador está sujeto a la informatización de los quirófanos ya que si no implicaría un contaje manual de los LVQ cumplimentados planteándonos la posibilidad de hacer un muestreo.
- Porcentaje de pacientes del CHUO intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVQ $\times 100/n^{\circ}$ total de intervenciones de cirugía programada en el CHUO.
- Porcentaje de pacientes del HV intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVQ $\times 100/n^{\circ}$ total de intervenciones de cirugía programada en el HV.
- Porcentaje de pacientes del HCV intervenidos de cirugía programada a los que se les ha aplicado el LVQ $\times 100/n^{\circ}$ total de intervenciones de cirugía programada en el HCV.
- Porcentaje de listados de verificación en los que se detectan incidentes durante su utilización que dan lugar a una acción correctora inmediata. Mide la utilidad del LVQ (Fórmula de cálculo: N° LVQ en los que se detecta, durante su utilización, algún incidente que da lugar a una acción correctora inmediata $\times 100/ N^{\circ}$ total de listados de verificación cumplimentados).

- Mortalidad Postoperatoria. Fórmula de cálculo: N° de pacientes que fallecen durante el periodo de hospitalización después de una intervención quirúrgica x 100/ n° total de pacientes intervenidos de cirugía con ingreso.

2. Actuaciones relacionadas con la prevención y promoción de la salud

2.1. Vacunas

En el campo de la prevención, el ejemplo más claro de actuaciones eficientes y efectivas es la utilización de las vacunas. Este es un ámbito en el que Galicia siempre estuvo en la vanguardia y continuamos en ella, ya que desde la temporada 2010-2011, se tienen incorporadas a la vacunación de gripe a las personas mayores de 60 años y un programa piloto de vacunación contra el neumococo que hace que el calendario gallego, sea uno de los más completos de España.

En el año 2013 se han incorporado mejoras y nuevas implementaciones en el sistema de información en vacunas a través de IANUS y VAWEB (gestión de peticiones desde hospitales públicos, incorporación de puntos no públicos al registro VAWEB, gestión integral de la campaña antigripal, mejoras puntuales y actualizaciones de funcionamiento...); se ha actualizado el calendario de vacunación infantil con cambios que obedecen a los acuerdos del Consejo Interterritorial de marzo de 2013, por el que se aprobó un calendario común para todas las comunidades autónomas.

Hemos publicado la Orden del 4 de octubre de 2013, por la que se regula la composición y funcionamiento de la Comisión Gallega de Enfermedades Inmunoprevenibles (DOG núm. 196, de 14 de octubre de 2013, pág. 40.547-40.551).

Tabla 2.1. Porcentaje de cobertura de vacunación en Galicia (%)

		2012	2013
Primovacunación	Poliomielitis	99,6	96,5
	DTP _a	99,6	96,5
	Hib	99,6	96,5
	Hepatitis B	96,8	92,3
	Meningitis C	98,6	98,3
	Triple vírica	98,4	97,6
Vacunación de refuerzo (hasta 3 años)	Poliomielitis	98,5	92,8
	DTP _a	98,5	92,8
	Hib	98,5	92,8
	Meningitis C	97,3	95,8
	Triple vírica	92,8	91,4
Refuerzo 6 años	dTp _a	89,4	93,3
Vacunación de adolescentes	Td 14 a	76,3	85,3
	VPH (3 dosis, sólo niñas)	70,2	73,8

Fuente: 2012: Encuesta bianual de cobertura vacunal documentada realizada en 2011 para todas las vacunas, excepto para VPH en que la fuente es el Registro del Programa Gallego de Vacunación (RVACU). 2013: Registro del Programa Gallego de Vacunación (RVACU).

Tabla 2.2. Porcentaje de cobertura de vacunación de la gripe en Galicia, años 2011-2014 (%)

	Temporada 2011-2012	Temporada 2012-2013	Temporada 2013-2014
Adultos >= 65 años	55,3	50,9	52,0
Personal sanitario	21,3	21,3	18,9

Fuente: Registro del Programa Gallego de Vacunación (RVACU).

Tabla 2.3. Cobertura del programa piloto de vacunación frente al neumococo en Galicia, años 2011-2013

	2011	2012	2013
Cobertura pauta completa (3 dosis)	91,8%	91,2%	91,8%

Fuente: Registro del Programa Gallego de Vacunación (RVACU).

2.2. Programas de estilo de vida saludable y educación para la salud

En el marco de las estrategias de abordaje de la cronicidad desde el punto de vista de la promoción de estilos de vida saludables, diseñamos el Plan para la Prevención de la Obesidad Infantil en Galicia (*Plan Xermola*), una de cuyas primera fases, dentro del análisis de situación, fue la realización de un estudio de prevalencia del sobrepeso y obesidad en jóvenes de 6 a 14 años en Galicia. Así mismo se diseñó y se puso en marcha la iniciativa “*Xente con Vida*”, plataforma de comunicación 2.0 (web, redes sociales, blog...), que recibió el premio Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) de promoción de una alimentación saludable en el ámbito familiar y comunitario.

Se pusieron en marcha también diversas actividades en el proyecto “*Estilos de vida activos en el ámbito laboral*” (EVA-AL), como:

- Diseño y colocación de señales facilitadores de la toma de decisiones saludables para mejorar la actividad física en los espacios de trabajo (Edificios administrativos, complejos hospitalarios, etc.).
- Firma de un acuerdo de colaboración en el ámbito de alimentación saludable y actividad física con la empresa Citroën PSA de Vigo.

Realizamos la validación, a nivel autonómico, de las actividades de promoción de estilos de vida saludables propuestas por ayuntamientos, ONG etc., en el Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud (SIPES).

Además, se reforzaron las iniciativas conjuntas con la Consellería de Educación en el campo de la nutrición y la promoción de estilos de vida saludables en la escuela.

Tabla 2.4. Análisis del impacto del programa "Xente con Vida"* , años 2012-2013

	2012	2013
Web & Blog: páginas vistas	172.843	120.148
Web & Blog: visitas	42.547	39.792
Web & Blog: votaciones	122	74
Blog: comentarios de usuarios	30	11
Web: comentarios de usuarios	36	21
Participaciones en encuestas	1.779	2.631
Facebook: consecución de fans	5.044	8.309
Facebook: páginas vistas	13.114.609	11.308.077
Facebook: personas alcance real	De 6.342 a 939.504 por mes	De 56.992 a 595.374 por mes
Facebook: personas hablando de esto	De 325 a 5.691 por mes	De 1.049 a 4.003 por mes
Twitter: seguidores	289	166
Preguntas comentarios	38	12
Respuestas a preguntas y comentarios	38	12
Twitter: retuits/menciones	212	145

Fuente: Datos de evaluación del Programa Gallego de Estilos de Vida saludables y Educación para la Salud.

Tabla 2.5. Resumen de actividad del programa "Estilo de vida activo en Atención Primaria" (EVA-AP), años 2012-2013

	2012	2013
N.º de centros implicados	50	345
N.º de profesionales que asisten a cursos	57	120
N.º de pacientes	191.731*	65.444**

Observaciones:

* N.º de pacientes que a 31/12/2012 tienen registrado en IANUS algún valor para "Nivel de actividad física".

** N.º de pacientes que a 01/11/2013 tienen registrado en IANUS algún valor para "Nivel de actividad física".

Fuente: Datos de evaluación del Programa Gallego de Estilos de Vida saludables y Educación para la Salud.

2.3. Programa Gallego de cribados

2.3.1. Programa gallego para la detección de la sordera en periodo neonatal y programa gallego para la detección de enfermedades endocrinas y metabólicas en periodo neonatal

Se siguieron ambos programas con una cobertura del 100% de los nacidos en Galicia, con el control y seguimiento de los indicadores establecidos para el cumplimiento de los objetivos del programa.

2.3.2. Programa gallego para la detección precoz de cáncer de mama

Durante 2013 procedimos a finalizar la digitalización de las unidades de exploración de este programa. Esto, unido a la digitalización de la unidad de lectura de Lugo, nos permitió eliminar el uso de tecnología analógica.

El control del programa se llevó a cabo mediante una evaluación continua de la calidad del programa y la monitorización de los indicadores de proceso y resultado establecidos en las guías de referencia en cribado, así como con el cálculo y valoración de indicadores predictores del impacto del programa a largo plazo: cáncer de intervalo, comportamiento de la mortalidad por cáncer de mama y supervivencia.

Tabla 2.6. Resumen de actividad del programa gallego de detección precoz del cáncer de mama, años 2011-2013

		2011	2012	2013	Valor estándar	
Participación de las mujeres	N.º de mujeres invitadas	171.810	187.358	169.040		
	N.º de mujeres exploradas	137.013	148.201	137.367		
	Participación	A Coruña	81,3%	79,7%	80,1%	Aceptable: > 70% Deseable: > 75%
		Lugo	80,4%	82,0%	84,9%	
		Ourense	78,9%	75,3%	80,4%	
		Pontevedra	78,4%	78,5%	81,6%	
TOTAL	79,8%	79,1%	81,3%			
Derivación para Valoración Clínica Adicional (VCA)	Cribado inicial [N.º (%)]	1.372 (6,0%)	1.598 (7,0%)	1.544 (7,7%)	Aceptable: < 7%; Deseable: < 5%	
	Sucesivos [N.º (%)]	2.182 (1,9%)	2.634 (2,1%)	2.671 (2,3%)	Aceptable: < 5%; Deseable: < 3%	
	Inicial + Sucesivos [N.º (%)]	3.554 (2,6%)	4.232 (2,9%)	4.215 (3,1%)		
Tiempo entre exploración mamográfica y resultado de la lectura de la mamografía ≤ 10 días		96,6%	94,5%	95,1%	Aceptable: 90% de las mujeres Deseable: > 90% de las mujeres	
Tiempo entre resultado de la mamografía y cita en la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento (UDT) ≤ 21 días		67,1%	62,6%	81,5%	Aceptable: 90% de las mujeres Deseable: > 90% de las mujeres	

Fuente: Datos de evaluación del programa gallego de detección precoz del cáncer de mama.

Tabla 2.7. Resumen de resultados del programa gallego de detección precoz del cáncer de mama, últimos datos consolidados, años 2010-2011

		2010	2011	Valor estándar
N.º de cánceres detectados		478	565	
Tasa de detección	Cribado inicial	5,0 ‰	4,1‰	Aceptable: 4,2 (3 x Incidencia Basal) Deseable: > 4,2
	Sucesivos	3,6‰	4,1‰	Aceptable: 2,1 (1,5 x Incidencia Basal) Deseable: > 2,1
	Inicial + Sucesivos	3,8‰	4,1‰	
Valor predictivo positivo de la mamografía de cribado	Cribado inicial	8,7%	6,7%	
	Sucesivos	20,7%	21,6%	
Proporción de tumores invasivos		85,4%	86,9%	Aceptable: 90% Deseable: 80-90%
Proporción de tumores detectados en estadios II y más	Cribado inicial	46,5%	37,0%	Deseable: < 30%
	Sucesivos	33,0%	28,5%	Aceptable: 25% Deseable: <25%
Proporción de cánceres invasivos sin afectación ganglionar	Cribado inicial	59,5%	65,8%	Deseable: >70%
	Sucesivos	68,6%	68,0%	Aceptable: 75% Deseable: >75%
Proporción de cánceres invasivos de tamaño menor o igual de 10 mm.	Cribado inicial	23,3%	35,4%	Deseable: ≥ 25%
	Sucesivos	35,9%	33,9%	Aceptable: ≥25% Deseable: ≥30%
Tiempo entre diagnóstico e inicio de tratamiento ≤ 21 días		38,8%	34,2%	Aceptable: 90% de las mujeres Deseable: >90% de las mujeres
Tiempo entre exploración mamográfica e inicio de tratamiento ≤ 60 días		39,5%	37,8%	Aceptable: 90% de las mujeres Deseable: > 90% de las mujeres

Fuente: Datos de evaluación del programa gallego de detección precoz del cáncer de mama.

2.3.3. Programa gallego de detección precoz de cáncer colorrectal. Proyecto piloto en el área de Ferrol

En este año se puso en marcha el proyecto piloto de detección precoz del cáncer colorrectal en el área de Ferrol. Las primeras evaluaciones nos están permitiendo verificar que los resultados del mismo cumplen satisfactoriamente con los estándares previstos en las guías internacionales.

3. Mejoras en la gestión de recursos humanos

3.1. Expediente profesional electrónico (expediente-e)

En el año 2011 el SERGAS puso en funcionamiento el expediente profesional electrónico (*expedient-e*). Es una herramienta de gestión de la información curricular y un punto de encuentro entre la Administración y los profesionales del sector sanitario público en Galicia. Contiene datos reales de experiencia, formación, actividad científica, etc, de manera integrada al servicio de la gestión y de los propios profesionales.

A través del *expedient-e* se instrumentalizan casi la totalidad de procesos de selección y provisión del sistema (oferta de empleo público, listas de selección temporal, concurso de traslados...). La implementación de esta herramienta supuso grandes ventajas: explotación de la información contenida de méritos y requisitos de participantes en procesos, automatización de resultados de baremación, simplificación y agilidad en los procesos, transparencia, interactuación en procesos administrativos, etc.

En el año 2013 se introdujeron una serie de mejoras y nuevas funcionalidades que dotan de mayor calidad a esta herramienta y de una mejor manejabilidad por parte de los usuarios:

- *Actualización periódica con carácter anual de las bolsas de selección temporal, de forma totalmente automatizada* sin necesidad de la presentación por el interesado de ninguna documentación de inscripción, permitiendo la modificación de sus condiciones de participación y con posibilidad de renuncia con efectos inmediatos.
- *Consulta on-line directa y actualizada por el profesional de la posición de llamamientos en las listas de selección temporal.* Cada profesional puede consultar en qué posición de llamamientos se encuentra en la lista general o de área especial en que está inscrito, y permitiendo una mayor conciliación de la vida laboral y familiar.
- *Dotación de mayor seguridad jurídica en la fase de entrega de la documentación relativa a la participación en procesos de selección y provisión, con un registro informatizado e individualizado de cada uno de los méritos aportados por los aspirantes participantes en el proceso,* fecha de entrega y lugar de ubicación, posibilitando una mejor gestión de la documentación y aportando mayores garantías para la Administración y administrado ante eventuales reclamaciones por entrega de documentación.

- *Impresión del curriculum vitae en formato editable (Word) que agrupa todos y cada uno de los méritos del profesional registrados en su expediente electrónico profesional, facilitando su participación en procesos de selección, provisión y demás procedimientos, en el ámbito del SERGAS y fuera de éste.*
- *Incorporación de nuevos procedimientos de gestión de personal a su tramitación telemática, como el reconocimiento de servicios previos, con la ventaja de la no presentación de documentación por el interesado y la agilidad en el proceso de reconocimiento.*

3.2. Plataforma de oferta pública de empleo del SERGAS

En el ámbito de los procesos selectivos de personal fijo, el SERGAS, ha implementado en el año 2013 una herramienta informática para la elaboración de exámenes en un entorno seguro.

El objetivo de este servicio es ofrecer las herramientas necesarias para cubrir el proceso de elaboración de los exámenes de las pruebas de selección.

Mediante el uso de las nuevas tecnologías de cifrado, se incrementa la seguridad del proceso, reforzando las garantías de aplicación de los principios de igualdad, mérito y capacidad en el acceso al empleo público

El uso de la plataforma, implica la elaboración de las preguntas del examen, en una red virtual securizada. El acceso a la red se realiza mediante una tarjeta de coordenadas y con la utilización de certificado digital. La plataforma garantiza la trazabilidad de todo el proceso, se conoce al detalle los accesos y las actividades realizadas por cada miembro del tribunal.

Cada uno de los miembros del tribunal, realiza las preguntas de manera individualizada y las firma digitalmente. En sesión conjunta acceden los miembros del tribunal a todas las preguntas elaboradas, validando las preguntas realizadas. Una vez realizada esta operación, la plataforma guarda las preguntas candidatas a examen y elige aleatoriamente las preguntas que conformarán el examen. El examen permanece encriptado, sin posibilidad de acceso al mismo, hasta el momento de la impresión, que realizan los miembros del tribunal desde un equipo securizado habilitado al efecto.

3.3. Actuaciones para la integración de la prevención de riesgos laborales en el SERGAS

3.3.1. Aplicativos informáticos de gestión de la prevención

La Consejería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud desarrollaron una campaña para garantizar la vigilancia periódica de la salud de los más de 36.000 profesionales que integran la sanidad pública de Galicia, poniendo a disposición del personal la posibilidad de solicitar telemáticamente la realización de su reconocimiento médico laboral.

El personal interesado en realizar el examen de salud podía inscribirse a través del formulario disponible en el Portal del Empleado. La aplicación informática asigna de manera automática el centro de reconocimiento que le corresponde al profesional solicitante.

Esta campaña refleja el impulso que se pretende dar desde la Consejería de Sanidad y del SERGAS a la prevención de riesgos laborales con la intención de contribuir a conseguir la mejora continua de la seguridad y salud de nuestros profesionales.

3.3.2. Actividades de formación en materia de prevención de riesgos laborales en el puesto de trabajo

La Consejería de Sanidad y el SERGAS, con el apoyo de la Escuela Gallega de Administración Sanitaria (FEGAS), ofrecen a los profesionales que integran la sanidad pública de Galicia una línea formativa on-line en materia de prevención orientada a los riesgos concretos que pueden estar presentes en su lugar y/o puesto de trabajo y las medidas preventivas o de protección que deben seguirse.

Esta formación se imparte mediante pequeñas unidades de información independientes, denominadas “píldoras formativas” o “learning-coffee”, que incluyen contenidos de prevención de riesgos laborales con materiales gráficos y multimedia a través de módulos estructurados para conseguir el máximo rendimiento pedagógico utilizando las últimas herramientas tecnológicas. Esta metodología de formación permite facilitar el acceso de los profesionales a la misma así como que su aprendizaje sea fluido y dinámico.

De este modo, y en el marco de los objetivos de la modernización en la gestión de recursos humanos y de avance continuo en la seguridad y salud, en años anteriores se dio respuesta a las necesidades de formación en materia de prevención de los profesionales de nuevo ingreso en el marco del Plan de Acogida OPE 2008/9 (cuya formación finalizó en abril de 2.012) así como del personal de los Puntos de Atención Continuada (PAC) del SERGAS, programando los diferentes cursos configurados con las unidades formativas correspondientes, seleccionadas entre las 32 elaboradas en función de los riesgos del puesto de trabajo. En estas acciones formativas citadas se formaron 3.185 profesionales en la prevención de los riesgos en el puesto de trabajo.

Continuando con esta línea formativa, el año 2013 se formaron 1.194 profesionales que desarrollan su actividad en las áreas de mantenimiento, cocina y lavandería, y 2.188 trabajadores de las áreas de gestión y servicios.

3.3.3. Actuaciones en materia de Violencia Laboral

La violencia en el lugar de trabajo es considerada en el marco actual como un riesgo laboral emergente que no puede tratarse como un problema individual ni aislado puesto que afecta a la sociedad en su conjunto, constituyendo una clara y grave amenaza contra la eficacia de las organizaciones.

En el sector sanitario, las relaciones entre el personal que trabaja en los centros sanitarios y los usuarios, pacientes, familiares o acompañantes de los mismos pueden desembocar en situaciones conflictivas de diversa etiología.

El Servicio Gallego de Salud, continuando con las acciones iniciadas para la prevención de la violencia laboral y con la intención de seguir trabajando en el avance continuo y progresivo de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo y en la adecuada protección del personal del SERGAS en esta materia, definió que cada EOXI elaborase un plan específico para la prevención de la violencia de origen externo en el lugar de trabajo (PEVE) en el que se estableciesen las medidas concretas y adaptadas a las principales características de cada institución sanitaria, a partir de un consenso previo en cuanto a los criterios básicos de actuación para crear una cultura de responsabilidad colectiva en la prevención de episodios violentos.

El objeto de estos planes es dar una adecuada respuesta a las situaciones de conflicto entre usuarios y personal de nuestra organización así como establecer e identificar los medios necesarios para la atención y apoyo de los trabajadores víctimas de la violencia, con el fin de proteger a los profesionales, usuarios, bienes y servicios de esta institución sanitaria y de mejorar el ambiente laboral, favoreciendo el respeto mutuo y la comunicación.

4. Actuaciones relacionadas con el uso racional del medicamento

4.1. Programa de mejora de la calidad en la atención a los pacientes crónicos polimedcados en el SERGAS

El programa, se pone en marcha en noviembre de 2011, tras un pilotaje de seis meses, en el marco de las políticas comunes del SNS con el *objetivo* de “Mejorar la calidad asistencial y la prestación farmacéutica de los pacientes crónicos polimedcados mediante el asesoramiento sobre el uso de fármacos, la educación sanitaria y una adecuada colaboración entre profesionales sanitarios”.

Entre los objetivos específicos se encuentran: Detectar y resolver problemas relacionados con el uso de medicamentos, mejorar la adherencia terapéutica (contemplando la entrega de Sistemas Personalizados de Dosificación) y el conocimiento de los pacientes respecto al uso e indicaciones de los medicamentos.

4.1.1. Población diana

Pacientes que tienen prescrito 6 o más medicamentos de forma crónica (durante al menos 6 meses) en su historia clínica electrónica IANUS.

4.1.2. Identificación

“Informes de pacientes polimedcados” (para los farmacéuticos de AP) y “listas de trabajo” para médicos y personal de enfermería de AP.

4.1.3. Resultados a 31 diciembre 2013

- En junio de 2013 se completa la implantación en el 100% de los servicios de AP de Galicia.

- Inicialmente se comenzó a trabajar con los pacientes con prescripción crónica de más de 15 medicamentos (9.500 pacientes); a medida que el programa fue avanzando se bajó el umbral a 12 (dic-2012) y a 11 medicamentos (ene-2014).
- A 31-12-2013 se encontraban 20.319 *pacientes a seguimiento (88% de la población gallega con más de 12 medicamentos prescritos de forma crónica)*.

El patrón epidemiológico de estos pacientes responde fundamentalmente a mujeres (60%), y pacientes con edades superiores a 70 años (67,85%), destacando 995 pacientes con edades comprendidas entre los 91 y los 103 años.

La evaluación de resultados obtenidos fruto de la revisión de la medicación e intervenciones realizadas en los pacientes incluidos desde el inicio del programa muestra una reducción del 47%, 32,7% y 22% en el número de pacientes con más de 15 medicamentos, más de 12 medicamentos y más de 10 medicamentos prescritos de manera crónica respectivamente.

El farmacéutico de AP (FAP) realizó al menos una propuesta de intervención en el 72% de los pacientes incluidos en el programa, detectando en el 6% al menos un "criterio Start" y en el 27% de los pacientes al menos un "criterio Stop". El 35% de los pacientes incluidos dispone de un informe de enfermería de revisión de la medicación (7.092 informes). El número de FAP implicados en la revisión de la medicación fue de 68 y el número de profesionales de enfermería fue de 720.

Cabe destacar que con este programa se iniciaron de forma paralela actividades formativas con el objetivo de que los profesionales sanitarios comprendan la importancia de la polimedición como elemento que influye en la salud de los pacientes y asimismo, facilitarles herramientas que mejoren sus conocimientos y habilidades en la atención al paciente mayor polimedicado.

Índice de tablas

Tabla 1.1. Clasificación de la población adulta de Galicia según estado de salud y nivel de complejidad. Año 2013	8
Tabla 1.2. Estratificación por riesgo de la población adulta de Galicia. Año 2013	9
Tabla 2.1. Porcentaje de cobertura de vacunación en Galicia (%)	20
Tabla 2.2. Porcentaje de cobertura de vacunación de la gripe en Galicia, años 2011-2014 (%)	20
Tabla 2.3. Cobertura del programa piloto de vacunación frente al neumococo en Galicia, años 2011-2013	20
Tabla 2.4. Análisis del impacto del programa "Xente con Vida"*, años 2012-2013	22
Tabla 2.5. Resumen de actividad del programa "Estilo de vida activo en Atención Primaria" (EVA-AP), años 2012-2013	22
Tabla 2.6. Resumen de actividad del programa gallego de detección precoz del cáncer de mama, años 2011-2013	24
Tabla 2.7. Resumen de resultados del programa gallego de detección precoz del cáncer de mama, últimos datos consolidados, años 2010-2011	25

Índice de Gráficos

Gráfico 1.1. Estratificación por riesgo de la población adulta de Galicia. Año 2013	10
---	----

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AHRQ: "Agency for Healthcare Research and Quality" (Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica)

AP: Atención Primaria

B

BMR: Bacterias Multirresistentes

BP-CV: Bacteriemias Primarias o relacionadas con Catéter Vascular

C

CCAA: Comunidades Autónomas

CHUO: Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

CIAP: Codificación Internacional de Atención Primaria

CIE-9-MC: Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión, Modificación Clínica

CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos

CRGs: "Clinical Risk Grouping Software" (Grupos Clínicos de Riesgo)

D

DCNO: Dolor Crónico No Oncológico

DDD: Dosis Diaria Definida

DOG: Diario Oficial de Galicia

DTPa: Difteria-Tétanos-Pertussis

E

EOXI: Estructura Organizativa de Gestión Integrada.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

EVA-AL: Estilos de Vida Activos en el Ámbito Laboral

EVA-AP: Estilos de Vida Activos en Atención Primaria

F

FAP: Farmacéutico de Atención Primaria

FEGAS: Escuela Gallega de Administración Sanitaria

G

GPE: Gestor de Peticiones Electrónicas

H

HCV: Hospital Comarcal de Valdeorras

Hib: Haemophilus influenzae tipo b

HV: Hospital de Verín

I

IANUS: Historia Clínica Electrónica en el Servicio Gallego de Salud

L

LVQ: Listado de Verificación Quirúrgico

M

MMR: Microorganismos multirresistentes

N

NAOS: "Strategy for Nutrition, Physical Activity and the Prevention of Obesity" (Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y prevención de la Obesidad)

NVM: Neumonías relacionadas con Ventilación Mecánica

O

ONG: Organizaciones No Gubernamentales

OPE: Oferta Pública de Empleo

P

PAC: Puntos de Atención Continuada

PaSQ: "The European Union Network for Patient Safety and Quality Care" (Red de la Unión Europea para la Seguridad del Paciente y la Calidad Asistencial)

PEVE: Prevención de la Violencia de Origen Externo en el lugar de trabajo

PSI: Plan de Seguridad Integral

R

RZ: Resistencia "zero"

RVACU: Registro del Programa Gallego de Vacunación

S

SERGAS: Servicio Gallego de Salud

SIAC: Sistema de Información de Análisis Complejos

SIGAP: Sistema Integrado de Gestión de Atención Primaria

SIPES: Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

SOGAPAR: Sociedad Gallega de Patología Respiratoria.

T

Td 14a: Tétanos-Difteria

U

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

UDT: Unidades de Diagnóstico y Tratamiento del Programa Gallego de Detección Precoz del Cáncer de Mama.

V

VAWEB: Registro telemático de información de Vacunas

VCA: Valoración Clínica Adicional

VPH: Virus del Papiloma Humano

Informe anual
del Sistema Nacional
de Salud 2013
Comunidad de Madrid



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	2
Resumen	3
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	5
1. Reducción del gasto en farmacia: mejora de la eficiencia, utilización racional de los recursos y ahorro	5
1.1. Programa de Atención al Mayor Polimedocado para la mejora de la utilización de los medicamentos.....	6
1.2. Adquisición de medicamentos y productos sanitarios: fraccionamiento del plasma	6
1.3. Compras centralizadas de productos sanitarios.....	7
2. Experiencia "Madrid Laboratorio Clínico": mejora de la eficiencia de laboratorios clínicos	11
2.1. Actuaciones realizadas	13
2.2. Resultados más relevantes en el año 2013.....	13
3. Mejora de la eficiencia en la utilización de recursos y concentración de la complejidad de los procesos para garantizar el menor tiempo de actuación en los mismos	19
3.1. Experiencia "Código Ictus" (CI)	19
3.2. Experiencia "Código Infarto Madrid" (CIM)	23
Índice de tablas.....	26
Índice de gráficos	27
Abreviaturas, acrónimos y siglas	28

Demografía y entorno económico

	Comunidad de Madrid	España	Fuente
Población	6.392.713	46.593.236	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	48,1	49,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	51,9	50,8	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	15,8	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	68,0	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	16,2	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	10,2	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	4,1	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

El *Plan de Garantía de Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid* implantado en 2013 contempla un conjunto de medidas efectivas para reducir el coste manteniendo la calidad asistencial mediante el uso racional de los recursos, el incremento de la productividad y la optimización de los procesos implicando en su desarrollo a todos los profesionales del sistema sanitario.

Uno de los logros más relevantes en 2013 ha sido la *reducción del gasto en farmacia* que ha disminuido en un 4,23%. El 58,74% del gasto fue debido a la receta médica, mientras que el 41,26% se debió a las adquisiciones directas especialmente en Atención Especializada. En la mejora de la utilización de los medicamentos, Madrid continuó implementando el *Programa de Atención al Mayor Polimedicado*, estando implantado en el 100% de los Centros de Salud de la Comunidad con una cobertura del 70,21% de la población diana en el 2013. Otras actuaciones de especial relevancia para la disminución del gasto han sido el *contrato de suministro para fraccionamiento de plasma* que permite obtener los medicamentos que posteriormente se suministran a hospitales del SERMAS (en 2013 supuso un ahorro de 3,5 millones de euros) y las *compras centralizadas de productos sanitarios* con procedimientos de adjudicación para estent coronarios, tiras de glucemia capilar, apósitos de cura húmeda y agujas para plumas de insulina en Atención Primaria.

“Madrid Laboratorio Clínico” (MLC) se implantó como un proyecto de trabajo en red generado desde los profesionales que ha permitido la revisión y negociación de precios, la concentración de pruebas de menor frecuencia o mayor complejidad y la gestión de pruebas enviadas a centros externos mediante concursos centralizados. Participan 18 hospitales de la red sanitaria madrileña. Se definió un cuadro de mandos con un indicador de seguimiento de actividad de 25 pruebas tipo y otro de seguimiento económico y se creó un espacio web específico para MLC. Están constituidos 18 grupos de trabajo sobre organización y adecuación de la demanda y se revisaron los perfiles de Atención Primaria. Se ha mejorado el control de la demanda con un claro ahorro en relación al año 2012, debido a la disminución de la actividad y el coste unitario.

El *“Código Ictus”* se implantó como una medida de mejora de la eficiencia en la utilización de recursos para garantizar el menor tiempo de actuación en la resolución del problema. El Centro Coordinador de Urgencias Médicas de Madrid-SUMMA 112 establece la ordenación y racionalización de los recursos existentes para garantizar la atención sanitaria de los pacientes que sufren ictus de naturaleza isquémica susceptible de reperusión mediante trombolisis en centros asistenciales con disponibilidad de Unidades de Ictus, en un tiempo inferior a las tres horas desde el inicio de los síntomas. La inclusión en el Código Ictus hace al paciente susceptible de ser derivado a cualquiera de los 7 hospitales con Unidades de Ictus operativas 24 horas/día y 7 días/ semana.

El *“Código Infarto Madrid”* es un ejemplo de abordaje integral del Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST, con el objetivo final de disminuir la mortalidad global y las secuelas en estos pacientes. Se basa en la organización de una red asistencial del infarto garantizando la coordinación entre niveles asistenciales y el plan de derivaciones entre ellos para prestar una atención urgente, encaminada a la aplicación precoz de la

estrategia de reperfusión más adecuada. Se creó un registro que garantiza la evaluación y el seguimiento y se definieron 9 indicadores de calidad del proceso. En 2013 se activaron 1.173 códigos.

Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013

La Comunidad de Madrid con el objetivo de lograr un sistema sanitario más eficiente manteniendo el nivel de calidad de los servicios sanitarios, durante el 2013, diseñó e implantó un plan de medidas efectivas para reducir el coste sin alterar los principios de universalidad, gratuidad, equidad, calidad y respeto hacia el trabajo de los profesionales sanitarios.

El *Plan de Garantía de Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid* contempló cinco objetivos básicos:

- Conseguir un ahorro mediante la reducción del gasto.
- Mantener la calidad asistencial garantizando los indicadores de salud de la población madrileña.
- Mejorar la eficiencia mediante el uso racional de los recursos, el incremento de la productividad y la optimización de los procesos.
- Diseñar la estrategia de planificación de recursos humanos garantizando el máximo rendimiento.
- Corresponsabilizar mediante la participación a todos los profesionales que trabajan en el sistema sanitario madrileño.

Entre las medidas y actuaciones planteadas en dicho Plan, pasamos a describir de forma sintética aquellas de mayor relevancia e impacto durante el 2013.

1. Reducción del gasto en farmacia: mejora de la eficiencia, utilización racional de los recursos y ahorro

El gasto en farmacia en el año 2013 en la Comunidad de Madrid, fue de 1.800.787.298 euros. Este gasto ha disminuido en un 4,23% con respecto al año 2012 (79.453.083 euros menos).

El 58,74% del gasto fue debido a la receta médica, mientras que el 41,26% fue debido a adquisiciones directas, especialmente en atención especializada (712.680.531 euros).

En el año 2013 se dispensaron 97.749.684 recetas, el 95,38% prescritas desde Atención Primaria, el 4,31% prescritas desde Atención Especializada y el 0,31% restante corresponde a recetas prescritas desde otras Comunidades Autónomas. Tanto Atención Primaria como Atención Especializada, han experimentado una reducción en el número de recetas con respecto al año 2012, de un -6,92% en Atención Primaria y de un -11,42% en Atención Especializada. Las actuaciones más relevantes durante el 2013 han sido:

1.1. Programa de Atención al Mayor Polimedocado para la mejora de la utilización de los medicamentos

El Programa de Atención al Mayor Polimedocado está implantado en el 100% de los Centros de Salud de la Comunidad de Madrid.

A fecha 31 de diciembre de 2013 hay 224.785 pacientes en el Programa, 186.901 de ellos con más de 1 año desde su captación, lo que supone una cobertura en la Comunidad de Madrid de un 70,21%.

Tabla 1.1. Datos de cobertura del programa de Atención al Mayor Polimedocado. Comunidad de Madrid. 2013

A fecha 31 de diciembre de 2013				
Dirección asistencial	Población diana	Pacientes con más de 1 año en el programa	Pacientes activos	Cobertura (%) 4º Trimestre
Centro	89.869	50.586	62.193	69,20
Norte	38.548	21.817	26.639	69,11
Este	48.567	28.134	33.139	68,23
Sureste	51.915	30.737	35.551	68,48
Sur	25.019	14.312	17.271	69,03
Oeste	25.645	16.798	20.178	78,68
Noroeste	40.591	24.517	29.814	73,45
Comunidad	320.154	186.901	224.785	70,21

Fuente: Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2013.

Todas las Direcciones Asistenciales han cerrado el año con coberturas del Programa superiores al 65%.

Como parte fundamental del programa, 969 oficinas de farmacia participan en el mismo de forma activa. A fecha de diciembre de 2013, 1.068 pacientes han sido seguidos desde ellas, procediendo a la entrega de un total de 689 pastilleros reutilizables y 335 blíster de un solo uso elaborados por el farmacéutico, como sistemas de ayuda a la toma de la medicación.

También en este año se ha realizado seguimiento del indicador de fármacos potencialmente inadecuados en ancianos según un listado consensuado por un grupo de trabajo multidisciplinar. El resultado de este indicador en la Comunidad de Madrid es de un 5,64% con los datos disponibles de facturación de receta médica (enero-diciembre 2013).

1.2. Adquisición de medicamentos y productos sanitarios: fraccionamiento del plasma

En la actualidad, la sangre procedente de las donaciones altruistas realizadas por los ciudadanos en la Comunidad de Madrid se procesa en el Centro de Transfusiones de la

Comunidad. Al procesar la sangre se obtienen dos productos: concentrados de hematíes (para las transfusiones sanguíneas) y plasma sanguíneo.

Una parte pequeña de este plasma (denominado plasma fresco) se utiliza para su administración directa a pacientes; previamente a su utilización este plasma fresco debe ser inactivado para eliminar la posible presencia de virus que pudieran contaminar a los pacientes.

El resto del plasma necesita ser posteriormente procesado (fraccionamiento del plasma) para convertirlo en medicamentos industriales que se utilizan en pacientes con factores de coagulación alterados, y otras enfermedades. Los productos que se obtienen son: Albúmina, Inmunoglobulina humana IV, alfa-1-antitripsina, Factor VIII, Factor IX y antitrombina III.

Desde julio de 2013 el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) mediante un contrato de suministro fracciona el plasma procedente de los donantes de la Comunidad de Madrid para obtener los medicamentos que posteriormente se suministran a los hospitales adscritos y dependientes del SERMAS.

Los productos hemoderivados que han sido ya fabricados y distribuidos en el año 2013, procedentes del fraccionamiento de plasma habrían tenido un coste en el mercado de 7,6 millones de euros. *De esta cantidad el ahorro para el SERMAS ha sido de 3,5 millones de euros (una vez descontado el coste del fraccionamiento).*

1.3. Compras centralizadas de productos sanitarios

Durante el año 2013 se continuó con la centralización de compras de los productos sanitarios.

En este año 2013 se creó el Grupo Técnico de Utilidad de Productos Sanitarios con el objetivo de dotar de herramientas a los profesionales sanitarios sobre el uso correcto de los productos sanitarios, evaluar coste-eficacia de los mismos, y actualizar la evidencia científica disponible. Se ha contado con la participación de más de 50 profesionales de enfermería y médicos en grupos de trabajo para la elaboración de los pliegos de prescripciones técnicas y administrativas.

Los procedimientos adjudicados han sido los siguientes:

Estent coronarios

En el año 2013 se adjudicó el Acuerdo Marco de los estent coronarios, estando pendiente la segunda fase que depende de la firma de los contratos basados de los hospitales. Sólo se reflejan los resultados económicos de la primera fase.

Tabla 1.2. Resultados económicos de la primera fase del acuerdo marco sobre estent coronarios. Comunidad de Madrid. 2013

Gasto Real 2012	Gasto previsto en concurso (precio de licitación)	Ahorro previo al concurso	Ahorro peor escenario tras adjudicación respecto a precio de licitación	Ahorro mejor escenario tras adjudicación respecto a precio de licitación	Ahorros Totales (precio licitación+ precio de adjudicación)
14.135.646	11.966.400	2.169.246	608.327	1.187.345	579.018

Fuente: Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2013.

Tiras para la determinación de glucemia capilar

Durante el año 2013, se puso en marcha el nuevo acuerdo para la compra de tiras de glucemia capilar. Como novedad se incluyó un tipo de lectores para invidentes y se fraccionó la adquisición de tiras de glucemia en tiras para uso de pacientes y tiras para uso profesional, con un precio de compra, este último, significativamente más bajo.

Los ahorros estimados en la primera fase de adjudicación, antes de los contratos basados en el acuerdo marco que firmaran los centros varían entre 3,9 y 7,6 millones anuales.

Tabla 1.3. Gastos por adquisición directa de tiras de glucemia en hospitales y atención primaria tras la firma de los contratos derivados. Comunidad de Madrid. 2013

TIRAS DE GLUCEMIA	Estimación Gasto Anual 2013
Gasto por adquisición directa en Hospitales	632.869
Gasto por adquisición directa en A.P.	15.138.994
Gasto total por adquisición directa en 2013	15.771.863

Fuente: Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2013.

Apósitos de cura húmeda

Se ha seguido trabajando en la disminución del gasto por receta para la adquisición de apósitos de cura húmeda, con un gasto en 2013 de 261.215,60 euros de los que 260.974,39 euros, corresponden a Atención Primaria y que ha supuesto una reducción de 520.324 euros respecto al año 2012.

Gráfico 1.1. Evolución en los 3 últimos años del gasto de receta en apósitos



Fuente: Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2013.

Tabla 1.4. Gastos por adquisiciones directas de apósitos de cura húmeda. Comunidad de Madrid. Ejercicios 2012 y 2013

Gasto	2012	2013	Variación % 2013/2012
Gasto por adquisición directa en Hospitales	1.363.905	890.740	-34,69
Gasto por adquisición directa en A.P.	2.747.899	2.924.123	6,41
Gasto Total por adquisición directa	4.111.804	3.814.863	-7,22

Fuente: Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2013.

Agujas para plumas de insulina en atención primaria

En el año 2012, el gasto en agujas para plumas de insulina en Atención Primaria fue de 1.864.996,50 euros, con un consumo de 31.397.246 unidades. Durante el año 2013, el gasto en Atención Primaria fue 1.664.303,70 euros, con un consumo de 32.994.300 unidades.

Pese al incremento en el número de unidades, se ha obtenido un ahorro del 10,76%.

Tabla 1.5. Evolución del gasto y del consumo de agujas para plumas de insulina en Atención Primaria. Comunidad de Madrid. Ejercicios 2012 y 2013

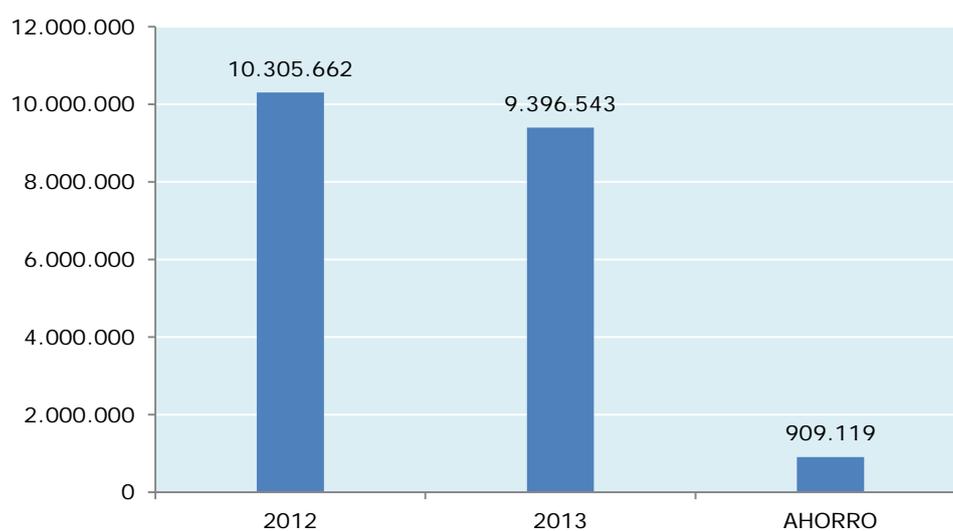
Agujas para plumas de insulina	2012	2013	Variación % 2013/2012
Número de unidades	31.397.246	32.994.300	5,09
Total gasto con IVA	1.864.996,50	1.664.303,70	-10,76

Fuente: Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2013.

Absorbentes de incontinencia urinaria en Atención Primaria

El gasto en absorbentes de incontinencia urinaria en el año 2013 ha disminuido en 0,9 millones de euros en el año 2013.

Gráfico 1.2. Gastos (€) en absorbentes de incontinencia urinaria en el año 2013 comparado con 2012



Fuente: Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2013.

2. Experiencia “Madrid Laboratorio Clínico”: mejora de la eficiencia de laboratorios clínicos

El proyecto *MADRID LABORATORIO CLÍNICO (MLC)* surge entre los Laboratorios de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica, tras las reuniones mantenidas para el desarrollo del Plan Estratégico y la publicación del Plan de Medidas de Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. Como tal, fue validado por los máximos responsables de la Consejería de Sanidad y fue presentado como un proyecto innovador y de alto valor estratégico, que desde sus profesionales aporta las actuaciones que permiten el aprovechamiento óptimo de los recursos y del conocimiento.

Se diseñó un plan de trabajo que daba prioridad a los aspectos económicos dentro del proyecto global y que se orientaba a resultados objetivos y evaluables a corto plazo.

MLC propone un modelo de laboratorio organizado en red, de forma cohesionada, eficaz y eficiente a través de sus diferentes nodos. Es una organización profesional articulada de manera autónoma y funcional que coordina las estrategias y acciones de los laboratorios públicos de la Comunidad de Madrid. Se trata de una propuesta diferente del enfoque simplista de la centralización constituyendo una estructura en red innovadora de los siguientes aspectos:

- Conocimiento e ideas comunes de todos: permite aprender las mejores prácticas del grupo.
- Alta tecnología (pruebas complejas).
- Estrategias de gestión de la demanda (permite disminuir el consumo).
- Estrategias de compras: concursos, central de compras... (permite disminuir el precio).
- Sistemas de información: cuadro de mandos.
- Sistemas de gestión de la calidad.

MLC es un proyecto documentado en términos económicos y con claras mejoras de la calidad asistencial que sólo puede ser elaborado desde dentro de los laboratorios. Asegura la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada, adaptándose a los actuales sistemas de información y asegurando temas tan trascendentales como la docencia (formación de especialistas) y la investigación. Todo ello diseñado como alternativa a la centralización de pruebas de rutina sin datos que avalen su beneficio ni económico ni en términos de calidad.

Se define como un grupo entre pares, a la manera artúrica, en la que todos los miembros mantienen su independencia y criterio propios, dentro del ámbito de la institución jerárquica a la que pertenece. Está abierta a todos los laboratorios, si bien en el momento actual solo han adquirido el compromiso laboratorios generales, de análisis clínicos y de bioquímica clínica.

La visión y misión de MLC es la creencia en la perspectiva médica/clínica del laboratorio.

Los objetivos estratégicos planteados en este proyecto son:

- Actuar como interlocutor de la Dirección General de Atención Especializada para temas relativos a la práctica del Laboratorio Clínico en la Comunidad de Madrid.
- Monitorizar la actividad de los laboratorios públicos de la Comunidad de Madrid con indicadores económicos, de adecuación de la demanda, etc. mediante el diseño de un cuadro de mandos.
- Mejorar la eficiencia: buscar sinergias y criterios de gestión comunes que beneficien al grupo y por tanto a la Comunidad de Madrid.
- Mejorar la información generada en el laboratorio: revisar y establecer criterios profesionales en el ejercicio de la Medicina de Laboratorio a nivel de criterios de indicación, interpretación y adecuación de la demanda.
- Mejorar la gestión del conocimiento: generar nodos de conocimiento experto para pruebas poco frecuentes o problemas complejos mediante sistemas de sesiones comunes, consultas y análisis concretos.
- Mejorar la docencia: buscar sinergias en la formación de profesionales, esencialmente residentes y formación continuada, que permitan disminuir la variabilidad de las prácticas.
- Mejorar las tecnologías de la información: emplear las nuevas tecnologías de la información para potenciar todos los procesos, lo que conlleva disminuir costes y potenciar el conocimiento y la colaboración.

El modelo MLC representa un proyecto generado desde los profesionales que incide en los aspectos que más impacto tendrían en el modelo actual sobre el coste mediante la:

- Revisión y negociación de precios. Gestión de stocks y pedidos.
- Adecuación de la demanda personalizada y pactada con los clínicos.
- Concentración de las pruebas de menor frecuencia o mayor complejidad, generando nodos de actividad experta y conocimiento. Al tratarse de pruebas no siempre automatizables que requieren tecnología y/o conocimiento experto, la concentración de las mismas disminuye los costes y el tiempo de respuesta y mediante la conexión entre facultativos (in situ y de laboratorio de referencia) se garantiza la adecuación de la demanda.
- Gestión de pruebas enviadas a centros externos: permite disminuir el coste a través de concursos centralizados.

Los hospitales participantes en el proyecto son: Hospital Universitario Clínico San Carlos, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario 12 de Octubre, Hospital Universitario La Paz, Hospital Universitario La Princesa, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Hospital Universitario Puerta de Hierro- Majadahonda, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Hospital Universitario Santa Cristina, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Hospital Universitario de Móstoles, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Hospital Universitario de Getafe, Hospital Universitario Niño Jesús, Hospital Universitario Severo Ochoa, Hospital Carlos III, Hospital de El Escorial y Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela.

2.1. Actuaciones realizadas

Se establecieron como tareas prioritarias aquellas que actúan directamente sobre la sostenibilidad del sistema, produciendo ahorros a la vez que se mantiene o mejora la calidad asistencial. En esta línea, se realizaron las siguientes actividades:

- Formalización institucional: presentación del proyecto a los medios por el Consejero de Sanidad. Reunión de los responsables institucionales de la Dirección General de Atención Especializada de la Consejería de Sanidad con los 18 responsables de los laboratorios que integran MLC.
- Definición del cuadro de mando estableciendo un *indicador de seguimiento de actividad* mediante 25 pruebas que representan los objetivos de gestión de la demanda (Top 25) y un *indicador de seguimiento económico* consistente en la comparación de los consumos de laboratorio con respecto al mismo periodo del año anterior.
- Realización de un estudio preliminar de benchmarking entre los precios de pruebas representativas o de alta frecuentación para su difusión y utilización en concursos.
- Creación de un espacio web específico para MLC como elemento clave para la gestión del conocimiento y vehículo de comunicación instantánea. Constituye la herramienta donde depositar toda la información relevante, los grupos y documentos de trabajo, agenda de actividades, etc.
- Análisis detallado de las pruebas derivadas dentro y fuera de MLC.
- Coordinación con Atención Primaria: MLC contactó y se coordinó con Atención Primaria a través de la Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad para ofrecer su participación, validación y ayuda en los grupos existentes para definir los perfiles de solicitud analítica de la aplicación AP Madrid.
- Diseño, constitución y puesta en marcha de grupos de trabajo.

2.2. Resultados más relevantes en el año 2013

2.2.1. Indicadores de actividad

Se seleccionaron las siguientes 25 pruebas como indicadores de actividad:

- Glucosa.
- Creatinina y Urea.
- ALT/GPT y AST/GOT.
- Hierro, Ferritina, Transferrina, vitamina B12 y Ac. Fólico.
- TSH y T4 libre.
- Colesterol Total y Colesterol HDL.
- HbA1c.
- Proteína C reactiva.
- Troponina y CK-MB.
- Procalcitonina y BNP / NT proBNP.

- Ac anti Rubeola IgG y Ac anti Toxoplasma IgG.
- Hemograma, VSG, Actividad Protrombina.

A través de su monitorización es posible evaluar los distintos objetivos y actuaciones desarrollados por MLC. Se comparó la actividad en un periodo determinado frente al mismo periodo del año anterior: 2013 frente a 2012 (con MLC).

La revisión del evolutivo de las 25 pruebas en el periodo Enero- Diciembre 2013, muestra una evolución global muy satisfactoria: se está produciendo una adecuación de la demanda mediante la protocolización de pruebas y colaboración con Atención Primaria con respecto al mismo periodo del año anterior (2012).

Tabla 2.1. Evolución trimestral del indicador de actividad global en el periodo 2012-2013

Indicador de actividad global : evolutivo trimestral			
	2012	2013	2013-2012 %
Enero-Marzo	10.360.001	9.171.111	-11,48
Abril-Junio	9.318.102	9.349.274	0,33
Julio-Septiembre	7.715.973	7.573.335	-1,85
Octubre-Diciembre	8.252.451	8.249.702	-0,03
Total anual	35.646.527	34.343.422	-3,66

Fuente: Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud.

Se presentan a continuación, los datos del evolutivo de cada una de las 25 pruebas seleccionadas como indicadores de actividad, comparando los periodos 2013-2012.

Tabla 2.2. Evolutivo anual de los indicadores de actividad desglosados por pruebas para el periodo 2012-2013

Prueba	2012	2013	2013-2012 %
Glucosa	4.503.698	4.366.627	-3.04
Creatinina	4.565.456	4.432.170	-2.92
Urea	2.470.263	2.283.341	-7.57
AST/GOT	3.246.944	3.098.843	-4.56
ALP/GPT	3.536.542	3.463.903	-2.05
Hierro	1.137.459	1.052.753	-7.45
Ferritina	1.170.073	1.083.288	-7.42
Transferrina	719.667	609.687	-15.28
Vitamina B12	559.660	574.930	2.73
Folato Sérico	542.995	540.724	-0.42
TSH	1.354.725	1.378.439	1.75
T4 libre	724.873	615.193	-15.13
Colesterol	2.854.910	2.751.566	-3.62
HDL	1.731.782	1.683.816	-2.77
HbA1c	528.594	551.302	4.30
PCR	1.211.991	1.179.317	-2.70
Procalcitonina	94.402	92.919	-1.57
Troponina	267.479	245.588	-8.18
CK-MB	78.795	58.181	-26.16
BNP/NT-PROBNP	102.340	90.152	-11.91
AC Rubeola IgG	10.451	9.486	-9.23
AC Toxoplasma IgG	21.178	19.687	-7.04
Nº de Hemogramas	2.613.550	2.623.409	0.38
Nº DE VSG	412.516	393.224	-4.68
Protombina	1.186.184	1.144.877	-3.48
Totales	35.646.527	34.343.422	-3.66

Fuente: Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud.

En el estudio tiroideo, se producen descensos acumulados anuales del 15,13% en la T4 libre. Esto implica que la ratio T4L/TSH desciende de 0,54 a 0,45 en 2013 en base a las recomendaciones del grupo de trabajo. Estos datos son muy positivos y han sido objeto de afianzamiento con las actuaciones del grupo de trabajo específico de MLC.

Tabla 2.3. Estudio patología tiroidea: evolutivo T4L en el periodo 2012-2013

Número T4 Libre	2012	2013	2013-2012 (%)
Enero-Marzo	208.621	175.632	-15.81
Abril-Junio	201.691	164.506	-18.39
Julio-Septiembre	150.859	130.002	-13.83
Octubre-Diciembre	163.702	144.953	-11.45
Total anual	724.873	615.193	-15.13

Fuente: Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud.

Tabla 2.4. Evolutivo ratio T4L/ TSH en el periodo 2012-2013

Ratio T4/TSH	2012	2013
Enero-Marzo	0.53	0.48
Abril-Junio	0.57	0.44
Julio-Septiembre	0.52	0.43
Octubre-Diciembre	0.52	0.44
Total anual	0.54	0.45

Fuente: Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud.

Respecto a las pruebas que pueden catalogarse como "Little ticket test" (LTT): glucosa, creatinina, ALT, AST y colesterol, experimentaron un descenso medio acumulado anual del 4,5% en el año 2013.

Tabla 2.5. Descenso acumulado para las glucosas en el periodo 2012-2013.

Glucosas	2012	2013	2013-2012 (%)
Enero-Marzo	1.297.406	1.170.279	-9.80
Abril-Junio	1.173.580	1.191.006	1.48
Julio-Septiembre	987.486	980.342	-0.72
Octubre-Diciembre	1.045.226	1.025.000	-1.94
Total anual	4.503.698	4.366.627	-3.04

Fuente: Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud.

La monitorización de las actuaciones sobre la Ratio Urea/Creatinina muestran una consolidación de las mismas, con un descenso en el acumulado anual del 0,52 frente al 0,54 del año anterior. Esto evidencia una disminución del número de ureas que decrece en un 7,57%, en la línea de adecuar la demanda eliminando pruebas innecesarias que no aportan valor diagnóstico.

Tabla 2.6. Evolutivo trimestral de la ratio urea/creatinina en el periodo 2012-2013

Ratio Urea/Creatinina	2012	2013
Enero-Marzo	0.55	0.51
Abril-Junio	0.54	0.51
Julio-Septiembre	0.55	0.51
Octubre-Diciembre	0.52	0.53
Total anual	0.54	0.52

Fuente: Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud.

A continuación se presentan los datos acumulados por trimestre del indicador de seguimiento económico para el periodo 2012 y 2013. El resultado obtenido en 2013 representa una disminución de 5.031.215 euros en relación al año 2012 (datos obtenidos en 17 de los 18 hospitales). Por lo tanto los datos representan una disminución del 10,2% en los costes de recursos materiales de 2013.

Tabla 2.7. Indicador de seguimiento económico: datos acumulados en el periodo 2012 y 2013

	2012 (€)	2013 (€)	Disminución (€)	%
1 Trimestre	13.110.300	11.115.212	-1.995.088	-15.2
2 Trimestre	13.074.194	11.872.841	-1.201.354	-9.2
3 Trimestre	11.021.254	9.894.706	-1.126.548	-10.2
4 Trimestre	12.015.589	11.307.364	-708.226	-5.9
Acumulado	49.221.338	44.190.123	-5.031.215	-10.2

Fuente: Dirección General de Atención Especializada. Servicio Madrileño de Salud.

2.2.2. Resultados de los grupos de trabajo

La primera fase contiene los grupos que, por las pruebas que incluyen o por su importancia estratégica, pueden tener un mayor impacto en los objetivos prioritarios de MLC. Sus objetivos son normalizar los protocolos de laboratorio en distintos ámbitos (Atención Primaria y Atención Especializada), grupos de pacientes, distintas necesidades (diagnóstico y seguimiento de tratamiento) y recomendar tiempos adecuados para el seguimiento.

Los grupos en esta primera fase son: anemias micro y macrocíticas; estudio de patología tiroidea, dislipemias; Little ticket test (LTT); tiempos de respuesta/ tiempos de rechazo y pruebas derivadas. Participan un total de 30 profesionales de 13 hospitales.

Informática: proyecto Lync

Se instauró la participación en el proyecto Lync de comunicación entre servicios de laboratorio. Está instalado actualmente en los siguientes hospitales: Hospital Universitario La Paz; Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda; Hospital Universitario de Móstoles; Hospital Universitario de Fuenlabrada y Hospital universitario Fundación Alcorcón.

Actualmente el proyecto está en fase de pruebas, realizándose el proyecto piloto.

A modo de resumen ejecutivo, podemos sintetizar las siguientes conclusiones de lo que ha supuesto el Proyecto Madrid Laboratorio Clínico en el ejercicio 2013:

Acciones sobre estructura

- Consolidación del grupo de MLC: los datos se refieren a 17 de los 18 hospitales participantes.
- Definición del cuadro de mandos con dos indicadores: seguimiento de actividad de 25 pruebas tipo y seguimiento económico de consumos versus trimestre previo.
- Creación de espacio web específico para MLC.

Acciones sobre proceso

- Estudio de pruebas remitidas entre centros y a centros externos.
- Creación de grupos de trabajo sobre organización y adecuación de la demanda: 18 grupos constituidos en los que participan 70 profesionales de 15 hospitales. Se han finalizado 5 documentos aprobados que están implementándose en los centros.
- Coordinación entre MLC y Atención Primaria. Se revisaron los perfiles de Atención Primaria.

Efectos sobre resultados de actividad

- Regulación y control de la demanda: se consiguió un descenso del 4,13 % con respecto al periodo previo (2012).

Efectos sobre resultados económicos

- Objetivo alcanzado, con un ahorro en el trimestre del 12,1%.
- Algo más de un 4% del ahorro podría explicarse por disminución de la actividad y aproximadamente un 8% por la disminución del coste unitario.

3. Mejora de la eficiencia en la utilización de recursos y concentración de la complejidad de los procesos para garantizar el menor tiempo de actuación en los mismos

3.1. Experiencia “Código Ictus” (CI)

El ictus es una de las enfermedades neurológicas más prevalentes, siendo el principal motivo de hospitalización neurológica y una de las que más gasto sanitario consume, tanto durante la fase aguda como posteriormente, ya que es la principal causa de discapacidad en el adulto. A esto debe añadirse el coste indirecto de la enfermedad, en cuanto a pérdida de capacidad laboral del paciente o de sus cuidadores, adecuación domiciliaria, etc. Sin embargo, el ictus se puede prevenir y tratar de manera eficaz. La aplicación de un tratamiento adecuado precoz mejora significativamente la evolución de los pacientes, ya que reduce la mortalidad y la probabilidad de dependencia. En este sentido, esta enfermedad neurológica es un buen ejemplo para ilustrar la necesidad de organizar programas asistenciales en la comunidad que aseguren la atención urgente de los pacientes en los centros con los medios especializados necesarios, así como el tratamiento adecuado durante todo el proceso de su enfermedad, sin que existan diferencias en función de las áreas sanitarias de procedencia.

3.1.1. Definición

Se denomina Código Ictus (CI) al procedimiento de actuación sanitaria prehospitalaria basado en el reconocimiento precoz de los signos y *síntomas de un ictus* de probable naturaleza isquémica, (disminución importante del flujo sanguíneo cerebral, de forma anormalmente brusca) , con la consiguiente priorización de cuidados y traslado inmediato por parte de los servicios de urgencia a un hospital con Unidad de ictus de aquéllos pacientes que, por sus condiciones clínicas, puedan beneficiarse de una terapia de reperfusión y de cuidados especiales en una Unidad de ictus.

El Objetivo de este procedimiento es que el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la llegada a la puerta del hospital no sea superior a 2 horas. Igualmente, que el tiempo transcurrido desde la transmisión del aviso por parte del Centro Coordinador de Urgencias hasta la llegada a la puerta de hospital sea menor de 1 hora.

En cualquier caso, que la atención se realice con la mayor celeridad posible.

3.1.2. Requisitos

Como primer eslabón en la asistencia de todo cuadro compatible con un ictus, el código ictus ha de cumplir una serie de características:

- Consideración de ictus como emergencia médica: en el Código Ictus se da prioridad a aquellos pacientes que puedan ser susceptibles de tratamiento agudo y de una terapia de reperfusión y, por extensión, aquéllos que finalmente no lo sean,

que puedan beneficiarse de otros tratamientos específicos, en una Unidad de ictus (UI).

- Reconocimiento precoz de un posible ictus isquémico mediante formación específica del personal sanitario.
- Cuidados específicos en la atención del ictus manteniéndolo en una situación clínica adecuada que haga posible el tratamiento más idóneo a su llegada al hospital.
- Priorización en el traslado, poniendo a disposición el recurso más avanzado y rápido posible.
- Coordinación con el resto de los eslabones de la cadena asistencial según el procedimiento operativo de SUMMA-112. Se define como Hospital con Unidad de Ictus aquel hospital que cumple los requisitos mínimos exigidos para los cuidados agudos del ictus.

Al introducirse el tratamiento endovascular como parte de la cadena asistencial al ictus, es necesario considerar la necesidad de traslado interhospitalario desde la UI al Centro de Ictus de guardia para tratamiento endovascular, en coherencia con el protocolo de actuación en el traslado interhospitalario asistido y urgente no asistido, actualmente en vigor.

3.1.3. Criterios de inclusión de un Código Ictus extrahospitalario

- Inicio de los síntomas a puerta de Hospital < 9 horas o a una hora desconocida.
- Situación basal del paciente: Escala de Rankin Modificado ≤ 2 .
- Déficit neurológico actual presente en el momento del diagnóstico. Presencia de alguno de los síntomas de sospecha de ictus:
 - Entumecimiento, debilidad o parálisis repentina de la cara, el brazo o la pierna de un hemicuerpo.
 - Confusión repentina.
 - Dificultad para hablar o entender.
 - Pérdida de visión brusca de uno o ambos ojos.
 - Cefalea intensa, repentina y sin causa aparente asociada a náuseas y vómitos (no achacable a otras causas).
 - Dificultad para caminar, pérdida de equilibrio o coordinación.

3.1.4. Criterios de exclusión de un Código Ictus:

- No cumple criterios diagnósticos de ictus.
- Más de 9 horas de evolución de los síntomas.
- Paciente con gran dependencia (escala de Rankin Modificado ≥ 3).
- Situación clínica de enfermedad avanzada irreversible.
- Demencia (moderada-grave).

3.1.5. Hospitales con Unidad de Ictus

- La inclusión en el Código Ictus hace al paciente susceptible de ser derivado a cualquiera de los 7 hospitales que, en la actualidad, disponen de Unidades de Ictus operativas 24 horas/día y 7 días/semana:
 - Hospital Universitario Clínico San Carlos.
 - Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
 - Hospital Universitario La Paz.
 - Hospital Universitario La Princesa.
 - Hospital Universitario Ramón y Cajal.
 - Hospital Universitario 12 de Octubre.
 - Hospital Universitario Puerta de Hierro- Majadahonda.

Procedimiento operativo del Código Ictus

Fase prehospitalaria. SUMMA 112

Mediante este procedimiento la Consejería de Sanidad, a través del Centro Coordinador de Urgencias Médicas de Madrid–SUMMA 112, establece la ordenación y racionalización de los recursos existentes, para permitir que aquellos pacientes que sufren un ictus, de posible naturaleza isquémica, susceptible de reperusión mediante trombolisis, puedan ser atendidos en centros asistenciales con disponibilidad de UI, lo antes posible en un tiempo inferior a las tres horas desde el inicio de los síntomas.

En el caso de que el paciente fuese candidato a reperusión mediante trombectomía mecánica, debería ser atendido en un tiempo inferior a 9 horas desde el inicio de los síntomas.

Para conseguir los objetivos de este procedimiento es necesario:

1. Centralizar la disponibilidad de recursos existentes en la comunidad para realizar el tratamiento de reperusión del ictus.
 - Centralizar la información de la disponibilidad o saturación de los distintos hospitales con UI. La unidad que debe recibir esta información es la Coordinadora de Camas del Centro Coordinador de Urgencias.
2. Centralizar la información de las distintas unidades periféricas sobre la detección de un posible candidato de Código Ictus.

Según está estructurada la asistencia sanitaria en la Comunidad de Madrid (CM), las unidades que pueden realizar la detección precoz de estos pacientes son:

- Unidades de Atención Primaria.
- Centro Coordinador de Urgencias del SUMMA 112.
- Unidades de los dispositivos de urgencias y emergencias extrahospitalarias de SUMMA 112 y SAMUR.
- Hospitales de la Comunidad de Madrid sin Unidad de ictus.

- Otros (Residencias Geriátricas, etc.).

La detección, por parte de las unidades anteriormente mencionadas, de un paciente con signos y síntomas de ictus de posible naturaleza isquémica, y que cumpla los criterios de inclusión del protocolo del Código Ictus, será puesta en conocimiento del Centro Coordinador de Urgencias. El contenido de esta información será el siguiente:

- Dirección en la que se encuentra el paciente y domicilio del mismo (si es posible).
- Edad y Sexo.
- Tiempo de evolución del ictus.
- Cualquier otro dato que el médico responsable del paciente en ese momento considere oportuno.

3. Distribución de pacientes y activación de las unidades y equipos del Código Ictus.

Con la información de la disponibilidad de camas en los distintos hospitales con UI, el Centro Coordinador de Urgencias cuando tenga conocimiento de la existencia de un paciente candidato para el CI, designará el hospital con UI receptor en función a los siguientes criterios:

- Menor tiempo de traslado del paciente, siempre que sea posible, dentro del intervalo de dos horas como máximo desde el inicio de los síntomas hasta la llegada a la puerta del hospital.
- Sectorización vigente, sujeta a modificaciones en función de la actualización de las UI.

Esta información le será facilitada a las unidades periféricas citadas anteriormente que han detectado al paciente, en el mismo momento en el que comunican al Centro Coordinador este hecho.

Desde el Centro Coordinador se alerta al neurólogo de guardia del hospital con UI receptor del paciente informándole de las características del mismo y del tiempo aproximado de llegada. Desde el centro receptor se establecerán los mecanismos que aseguren una recepción directa y adecuada del paciente.

Cualquier activación que reciban los hospitales con UI que no proceda del Centro Coordinador de Urgencias, será derivada de forma inmediata a este último para su canalización por la vía ordinaria establecida en este procedimiento.

En caso de sobresaturación del hospital con UI de referencia, una vez evaluado por el neurólogo de guardia y puesto en marcha el tratamiento (especialmente la trombolisis intravenosa, si estuviese indicada), se gestionará el traslado interhospitalario (TIH) de acuerdo al protocolo TIH al hospital con UI que disponga de camas. Dicho traslado deberá llevarse a cabo mediante una ambulancia medicalizada.

Traslados interhospitalarios (TIH)

Coordinación de traslados interhospitalarios a centros de referencia para tratamiento endovascular.

Una vez establecida la indicación de tratamiento endovascular y la necesidad de traslado al Centro de Ictus con disponibilidad de neurointervencionismo, el neurólogo responsable contactará con la Coordinadora del SUMMA 112 para proceder a traslado urgente, de acuerdo al protocolo TIH.

Desactivación de un Código Ictus

El Código Ictus se desactivará en las siguientes situaciones:

- Entrada en criterios de exclusión del propio paciente durante el traslado
- Negación del paciente o su familia a llevarle al hospital con UI correspondiente

Protocolo de recogida de datos por SUMMA 112

Ante la activación de un posible CI, la recogida de los datos se realizará de forma coordinada por el personal del Centro Coordinador de Urgencias de SUMMA 112 y por el personal de la unidad móvil que se destine a prestar la asistencia "in situ".

En el caso del Centro Coordinador de Urgencias de SUMMA 112, los datos que le correspondan se introducirán en la base de datos establecida, y en el caso de la unidad móvil, por medio de un informe por escrito, con al menos dos copias, una de las cuales se retornará al Centro Coordinador de Urgencias de SUMMA 112 y la otra se entregará al médico que se responsabilice del paciente en el hospital con UI al que se le derive.

3.2. Experiencia "Código Infarto Madrid" (CIM)

El Código Infarto Madrid es un programa asistencial integral aplicable a los pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMEST), que tiene como finalidad una atención urgente y coordinada encaminada a la aplicación precoz de la estrategia de reperfusión más adecuada. El objetivo final es disminuir la mortalidad global y las secuelas de los pacientes que han sufrido un IAMEST en la Comunidad de Madrid.

La aplicación precoz de las estrategias de reperfusión en el IAMEST mejora la evolución de los pacientes, ya que reduce la mortalidad de la fase aguda y disminuye el tamaño del infarto y la probabilidad de desarrollar insuficiencia cardíaca.

El Servicio Madrileño de Salud tiene protocolizada y organizada la atención temprana al paciente con dolor torácico. El *Código Infarto Madrid* complementa la organización de la atención temprana a este tipo de pacientes, pues la activación del código se produciría en el momento en que se detecta en el electrocardiograma (ECG) elevación del segmento ST y el paciente es diagnosticado de un *síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST* (SCAEST), término equivalente al utilizado en este código como IAMEST. El Código Infarto Madrid no podría existir sin haberse establecido previamente la organización de la atención temprana al paciente con dolor torácico en la Comunidad de Madrid.

El plan propuesto pretende ofrecer un *abordaje integral del IAMEST*, abarcando todos los eslabones precisos para ello, desde la información al paciente, los médicos y profesionales de Atención Primaria, los Servicios de Urgencia Extrahospitalarios, las

urgencias hospitalarias y los servicios y secciones de los hospitales que atienden el IAMEST. De este modo permite incrementar tanto la accesibilidad a los recursos para los pacientes, como la equidad del servicio. Igualmente establece el denominado Código Infarto Madrid (extrahospitalario e intrahospitalario) y los niveles asistenciales, con un plan de derivaciones entre ellos, constituyendo así una *red asistencial del infarto*.

A esto se une la previsión de un registro que permita la evaluación y el seguimiento, así como contar con un plan orientado a la mejora continua, detectando los aspectos que puedan ser perfeccionados y adaptándose a las necesidades de los pacientes y de los profesionales.

Evaluación y seguimiento

Se ha formado una comisión constituida por miembros de los distintos hospitales madrileños (Hospital Universitario de Fuenlabrada, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Hospital Universitario de Móstoles, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Hospital Universitario La Paz, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Hospital General Universitario Gregorio Marañón) así como el SAMUR, SUMMA-112, Dirección General de Atención Especializada y Atención Primaria.

Se establecen como *indicadores de calidad del Código Infarto Madrid*, para ser evaluados tras el primer año de implantación del programa los siguientes:

- Porcentaje de primer contacto médico realizado por los servicios de emergencias superior al 50% de los pacientes atendidos por IAMEST en la Comunidad de Madrid durante esa anualidad.
- Porcentaje de pacientes con IAMEST < 12 horas de evolución, no tratados inicialmente con una estrategia de reperusión, inferior al 25%.
- Tasa de angioplastia primaria, en pacientes con IAMEST reperfundidos con > 2 horas de dolor, superior a 80%.
- Porcentaje de pacientes con IAMEST sometidos a angioplastia primaria, con un tiempo primer contacto médico hasta apertura de la arteria < 120 minutos, superior al 70%.
- Porcentaje de pacientes con IAMEST, sometidos a fibrinólisis con un tiempo primer contacto médico-aguja ≥ 30 minutos, superior al 90%.
- Porcentaje de pacientes con IAMEST, ingresados inicialmente en un hospital sin alerta de hemodinámica con un tiempo transcurrido desde que llegan al hospital hasta que salen del hospital para angioplastia primaria ≤ 30 minutos, superior a 15%.
- Porcentaje de primer contacto sistema sanitario – primer contacto médico, menor de 15 minutos, superior al 50%.
- Porcentaje de fibrinólisis realizadas en la primera hora superior al 20%.
- Porcentaje de infartos abortados en pacientes sometidos a fibrinólisis superior al 20%.

Resultados de actividad

Los resultados obtenidos están referidos al último semestre de 2013. En total se activaron 1.173 códigos. El 80% eran varones. La edad media fue de 63 años (D.E. de 14). A destacar los siguientes resultados:

- Porcentaje de pacientes con IAMEST sometidos a angioplastia primaria, con un tiempo primer contacto médico hasta apertura de la arteria <120 minutos fue superior al 75%.
- Porcentaje de pacientes con IAMEST, sometidos a fibrinólisis con un tiempo primer contacto médico-aguja \geq 30 minutos, fue del 100%.
- Porcentaje de fibrinólisis realizadas en la primera hora fue superior al 40%.

Índice de tablas

Tabla 1.1. Datos de cobertura del programa de Atención al Mayor Polimedicado. Comunidad de Madrid. 2013	6
Tabla 1.2. Resultados económicos de la primera fase del acuerdo marco sobre estent coronarios. Comunidad de Madrid. 2013	8
Tabla 1.3. Gastos por adquisición directa de tiras de glucemia en hospitales y atención primaria tras la firma de los contratos derivados. Comunidad de Madrid. 2013.....	8
Tabla 1.4. Gastos por adquisiciones directas de apósitos de cura húmeda. Comunidad de Madrid. Ejercicios 2012 y 2013	9
Tabla 1.5. Evolución del gasto y del consumo de agujas para plumas de insulina en Atención Primaria. Comunidad de Madrid. Ejercicios 2012 y 2013	10
Tabla 2.1. Evolución trimestral del indicador de actividad global en el periodo 2012-2013.....	14
Tabla 2.2. Evolutivo anual de los indicadores de actividad desglosados por pruebas para el periodo 2012-2013.....	15
Tabla 2.3. Estudio patología tiroidea: evolutivo T4 Libre en el periodo 2012-2013	16
Tabla 2.4. Evolutivo ratio T4L/ TSH en el periodo 2012-2013	16
Tabla 2.5. Descenso acumulado para las glucosas en el periodo 2012-2013.	16
Tabla 2.6. Evolutivo trimestral de la ratio urea/creatinina en el periodo 2012-2013	17
Tabla 2.7. Indicador de seguimiento económico: datos acumulados en el periodo 2012 y 2013	17

Índice de gráficos

Gráfico 1.1. Evolución en los 3 últimos años del gasto de receta en apósitos.	9
Gráfico 1.2. Gastos (€) en absorbentes de incontinencia urinaria en el año 2013 comparado con 2012.	10

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AC anti rubeola IgG: Anticuerpos anti Rubeola inmunoglobulinas G

AE: Atención Especializada

ALT/GPT: Alanina Aminotransferasa /Glutamato- piruvato transaminasa

AP: Atención Primaria

AST/GOT: Aspartato aminotransferasa/glutamato-oxalaceto transaminasa

B

BNP/NT-PROBNP: Péptido Natriurético cerebral tipo B / propéptido natriurético cerebral N-terminal

C

CI: Código Ictus

CIM: Código Infarto Madrid

CK-MB: Creatina quinasa MB (MB es una isoenzima de la CK)

D

D.E.: Desviación Estándar

E

ECG: Electrocardiograma

I

IAMEST: Infarto Agudo de Miocardio con elevación del segmento ST

K

HbA1c : Hemoglobina glicosilada

HDL: Lipoproteínas de alta densidad (fracción de colesterol)

M

MLC: Madrid Laboratorio Clínico

P

PCR: Proteína C Reactiva

S

SAMUR: Servicio de Atención Médica de Urgencias (Ayuntamiento de Madrid)

SCAEST: Síndrome Coronario Agudo con elevación del segmento ST

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud

SUMMA 112: Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (Comunidad de Madrid)

T

TIH: Traslado Interhospitalario

TSH: Hormona Estimulante del Tiroides

T4 Libre: Tiroxina

U

UI: Unidad de Ictus

V

VSG: Velocidad de Sedimentación Globular

Informe anual
del Sistema Nacional
de Salud 2013
Región de Murcia



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	2
Resumen	3
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	4
1. Modelo EFQM	6
2. Programa de Acción para la Mejora en el Uso de los Medicamentos.....	6
2.1. Prestación farmacéutica con receta.....	6
2.2. Propuestas de intercambio de medicamentos	6
2.3. Proyecto de depósitos de medicamentos y productos sanitarios en centros socio-sanitarios	7
2.4. Receta electrónica	7
2.5. Prestación con productos dietéticos mediante receta.....	7
2.6. Prestación farmacéutica hospitalaria	8
3. Central de compras	9
4. Evaluación de tecnologías.....	11
5. Monitorización de resultados en salud	12
6. Calidad percibida.....	13
6.1. Atención Primaria	13
6.2. Servicios Obstétricos	14
6.3. Servicios Médicos	15
6.4. Servicios Quirúrgicos	16
6.5. Urgencias Hospitalarias	18
6.6. Consultas Externas.....	18
Índice de gráficos	22
Abreviaturas, acrónimos y siglas	23

Demografía y entorno económico

	Murcia	España	Fuente
Población	1.461.214	46.593.236	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	50,3	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	49,7	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	17,7	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	67,6	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	14,7	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	11,0	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	7,9	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

La Consejería de Sanidad y Política Social y el Servicio Murciano de Salud han definido las líneas a seguir a través de la denominada Estrategia 2015 del Servicio Murciano de Salud (SMS), que pretende dar respuesta a las necesidades de salud de la población, mejorando los resultados en salud y la calidad percibida a través del incremento de la eficiencia que garantice la sostenibilidad del sistema.

Durante 2013 se han intensificado las acciones sobre el uso de los medicamentos en coordinación con el Sistema Nacional de Salud a través de iniciativas dirigidas a la prescripción así como a la regulación de los depósitos en centros socio-sanitarios. Hay que destacar la creación de la Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica con el propósito de fijar las directrices, criterios, condiciones e indicaciones en materia de medicamentos, así como, establecer las estrategias de mejora en la gestión eficiente de los recursos farmacéuticos y conseguir mayores niveles de transparencia en la toma de decisiones.

Por otra parte, la Central de Compras del Servicio Murciano de Salud se ha consolidado como una herramienta efectiva para la mejora de la cadena de suministros, apoyada en una plataforma logística, un catálogo centralizado y un importante volumen de concursos centralizados.

En 2013 se ha puesto en marcha el Comité Regional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y se ha impulsado la evaluación de los resultados en salud a través de un plan de monitorización para todo el SMS, que se ha iniciado con la evaluación de la atención al parto normal y a los pacientes con cáncer de mama y/o cáncer colorrectal.

La evaluación de la calidad percibida muestra en sus resultados que, a pesar de la situación económica, el esfuerzo de los profesionales del SMS ha conseguido que los usuarios realicen una valoración que continúa en línea ascendente.

Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013

La Consejería de Sanidad y Política Social y el Servicio Murciano de Salud han puesto en marcha un proceso de planificación estratégica en el Sistema Regional de Salud de la Región de Murcia para dar respuesta a las necesidades en salud de los ciudadanos y poder garantizar una gestión eficiente y de calidad de los recursos. Los antecedentes y referentes son la Ley General de Sanidad, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, el Plan de Salud 2010 – 2015, la Ley de Derechos y Deberes de los ciudadanos de la Región de Murcia, las Estrategias para una Sanidad Sostenible (e+salud) y el Real Decreto-Ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Los retos de la Estrategia 2015 del Servicio Murciano de Salud son disponer de un sistema sanitario capaz de identificar los problemas de salud de la población, de anticiparse a sus necesidades de futuro y de ser capaces de adaptarse a ellas. Es fundamental en el ámbito económico optimizar la inversión en salud, garantizando la sostenibilidad del sistema regional de salud y asegurando que el incremento de los costes da respuesta a las necesidades reales en salud de la población.

Los principios que inspiran la estrategia son los de: universalidad, equidad, participación y corresponsabilidad del ciudadano / paciente, liderazgo de los profesionales, orientación a resultados en salud, mejora de la calidad percibida, compromiso con la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario, desarrollo de criterios de buen gobierno así como la transparencia en la actividad de los gestores y los profesionales.

Los ejes estratégicos establecidos son:

- Los Resultados en Salud. Los ciudadanos y la sociedad tienen derecho a conocer los resultados derivados de la práctica asistencial y los profesionales y los trabajadores y la administración sanitaria tienen la responsabilidad de ofrecer los mejores resultados de salud posible. Para su desarrollo resulta imprescindible la elaboración y monitorización de indicadores, conocer la variabilidad de la práctica clínica, establecer criterios para garantizar las buenas prácticas para la seguridad de los pacientes y evaluar la calidad percibida.
- La Atención a la Cronicidad. El sistema sanitario de la Región de Murcia tiene que responder al reto que plantean las enfermedades crónicas y corregir sus deficiencias actuales, derivadas del exceso de fragmentación y de una orientación centrada en las enfermedades agudas. Se propone el diseño e implementación de un conjunto de proyectos estratégicos dirigidos a la continuidad de cuidados entre los ámbitos asistenciales; la estratificación de la población en función de comorbilidad y complejidad; la promoción del autocuidado y educación del paciente; el desarrollo de competencias profesionales avanzadas en enfermería; la integración de la historia clínica y una atención sociosanitaria integrada.
- Procesos Asistenciales. Con el fin de resolver la excesiva fragmentación que sucede con la atención sanitaria es necesario avanzar hacia una atención sanitaria integrada por medio de la implantación progresiva y la evaluación de procesos asistenciales, a través de recomendaciones y guías clínicas compartidas entre

niveles. Se propone la creación de Redes Asistenciales Integradas que den respuesta a necesidades asistenciales en todo el Sistema Regional de Salud y que favorezcan la innovación en la organización de las estructuras asistenciales.

Los proyectos en desarrollo son:

- Impulsar la utilización del Modelo Europeo de Excelencia (EFQM) como referencia para los sistemas de gestión del SMS.
- Desarrollar el modelo corporativo de atención a pacientes con enfermedades crónicas, con el objetivo de impulsar la gestión integral y coordinada de la asistencia, mejorando la continuidad entre niveles, asegurando la efectividad de la atención y mejorando la calidad de vida de pacientes y cuidadores.
- Avanzar en nuevos modelos organizativos basados en el protagonismo de los profesionales y la descentralización de la gestión.
- Revisión de las carteras de servicios de las Áreas de Salud del SMS para alinearlas con las necesidades de los ciudadanos según criterios de accesibilidad, efectividad, seguridad y eficiencia.
- Fomento de la cultura de evaluación de resultados con especial enfoque en la medida de la efectividad y de la calidad percibida a través de la puesta en marcha de un Plan de Monitorización de indicadores en los principales procesos asistenciales.
- Diseñar un nuevo modelo de contrato de gestión, alineado con esta estrategia, profundizando en el modelo de integración de la gestión de los recursos, orientado a la evaluación de resultados y contemplando las especificidades de cada Área.
- Análisis de la variabilidad de la práctica clínica con el propósito de disminuirla en el uso de pruebas diagnósticas, indicaciones quirúrgicas o de ingreso.
- Promover una cultura de seguridad del paciente en el SMS de manera que se incorpore como uno más de los criterios de calidad incluidos en los procesos asistenciales.
- Revisión y actualización del Plan para la Mejora del Uso de los Medicamentos.
- Intensificar la evaluación de las tecnologías sanitarias que se incorporan al sistema sanitario.
- Proveedores externos: Las exigencias para garantizar la calidad y la eficiencia de las prestaciones asistenciales realizadas por proveedores externos deben ser análogas a las requeridas en el sistema sanitario público.
- La gestión del conocimiento es otro de los proyectos de soporte, proponiendo establecer mecanismos y procedimientos entre las diferentes áreas de salud que favorezcan el intercambio de experiencias, el aprendizaje conjunto, la identificación de buenas prácticas y el benchmarking en la organización.
- Elaboración y puesta en marcha de un Código de Buen Gobierno basado en los principios de rendición de cuentas, transparencia y gestión eficiente de las organizaciones.

1. Modelo EFQM

La gestión con el modelo EFQM implica el desarrollo de actividades de mejora enfocadas a lograr la excelencia en la satisfacción de pacientes y profesionales el impacto en la sociedad y en los resultados en salud, bajo un marco conceptual de calidad total y de desarrollo sostenible. Durante 2013 todas las Áreas de Salud han realizado una autoevaluación utilizando la herramienta Perfil y han desplegado los procesos corporativos de gestión para reducir la variabilidad en la prestación de servicios y el consumo inapropiado de recursos.

2. Programa de Acción para la Mejora en el Uso de los Medicamentos

2.1. Prestación farmacéutica con receta

En 2013 el gasto fue de 313.521.486 euros, descenso del -6,11% respecto a 2012, siendo la media del SNS del -6,01%. Ver web:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2013.htm>.

2.2. Propuestas de intercambio de medicamentos

El objetivo de este proyecto es aumentar el uso de medicamentos más coste-efectivos, proponiendo el cambio de prescripción de medicamentos de alto impacto económico por otros medicamentos del mismo grupo terapéutico que disponen de las mismas indicaciones y efectividad a dosis equivalentes, pero de coste muy inferior y, por o tanto, más eficientes.

El procedimiento seguido comienza mediante la realización de sesiones clínicas en todos los centros sanitarios. En esas sesiones se recogen y presentan las evidencias disponibles de eficacia y efectividad de los diferentes principios activo del grupo terapéutico y equivalencia de dosis entre ellos a igualdad de efecto esperable (mediante un programa específico de formación de formadores). Se pone a disposición de los médicos en su historia clínica electrónica los pacientes a los que se propone la revisión de los tratamientos y la propuesta concreta de sustitución de medicamentos a dosis equivalentes, tras un plazo de dos semanas el médico acepta o deniega el intercambio.

En 2013 se pilotó el primero de estos programas, dirigido al grupo de los inhibidores de la bomba de protones en un área de salud, para posteriormente, ya a lo largo del año 2014 extenderlo al resto de las áreas de salud y a otros posibles grupos terapéuticos.

En el pilotaje del área II de salud, la aceptación de la propuesta por los facultativos fue del 90% y el ahorro estimado de la medida, valorado a PVP, de 96.551€ mensuales, lo que supone una reducción del coste del 77,5% en los 8.182 tratamientos en los que se intervino durante el pilotaje de 2013.

2.3. Proyecto de depósitos de medicamentos y productos sanitarios en centros socio-sanitarios

Durante el año 2013 se trasladó a normativa regional lo previsto en esta materia por el RDL 16/2012 y se procedió a realizar el correspondiente estudio de campo y balance de necesidades para la implantación de la medida.

El proyecto supone sustituir la prestación farmacéutica mediante receta médica y dispensación en oficinas de farmacia por el suministro directo de medicamentos desde los servicios de farmacia hospitalarios a los depósitos de medicamentos de las residencias de personas mayores y discapacitados.

El proyecto supone, además, la elaboración consensuada de una guía farmacológica común, de un catálogo único de productos sanitarios y de una guía de nutrición, para residencias de personas mayores y discapacitados, que se comenzaron a elaborar en el año 2013.

2.4. Receta electrónica

Durante el año 2013 se inició la fase de pilotaje del proyecto de receta electrónica en dos zonas de salud de la región, Santomera y Beniel. Pilotaje en el que participaron todos los facultativos y todos los farmacéuticos de ambas zonas de salud.

Relacionado con receta electrónica, aunque no exclusivamente con este proyecto, desde la Subdirección General de Tecnologías de la Información, se procedió a completar la instalación de conectividad de datos mediante fibra óptica en todos los centros de salud y en los consultorios que más población atienden y se revisó íntegramente el equipamiento informático de todos los centros de salud y consultorios, sustituyendo los equipos más antiguos, complementando los equipos válidos y actualizando e instalando el software base necesario, entre otras cosas, para el proyecto de receta electrónica.

2.5. Prestación con productos dietéticos mediante receta

Los consensos alcanzados en el Comité de Dietas del Servicio Murciano de Salud, permitieron cambiar el procedimiento de acceso de los usuarios a la prestación con productos dietéticos (nutrición enteral domiciliaria), estableciendo un nuevo circuito, mediante el cual el médico establece una prescripción de un producto dietético a la que acompaña un informe estandarizado en el que, además del diagnóstico o diagnósticos que justifican la prescripción acompaña unos parámetros clínicos básicos y una analítica; este informe es revisado y evaluado por la unidad de nutrición del área de salud correspondiente que la informa favorablemente, propone modificaciones o la informa desfavorablemente acompañando, en este caso, una recomendación nutricional que pueda responder a las necesidades del paciente. Esta validación por la Unidad de Nutrición es previa al visado de inspección.

Se puso en marcha mediante la Instrucción nº 4/2012, de 12 de julio, de la Dirección Gerencia del Servicio Murciano de Salud (ver web: <http://www.borm.es/borm/documento?o>

bj=anu&id=548958) y se fue implementando progresivamente en las diferentes áreas de salud entre septiembre de 2012 y diciembre de 2013.

En 2013 el gasto fue de 8.623.552,34 euros, con un descenso del -21,14% respecto a 2012. El precio medio/envase es de 74,56 euros (SNS 92,97 euros) y el importe/habitante/año es de 5,86 euros (SNS 7,72 euros).

2.6. Prestación farmacéutica hospitalaria

En 2013 el importe de las compras por servicios de farmacia hospitalaria fue de 156.819.164,58 euros. Se han puesto en marcha las siguientes actuaciones:

- Negociación centralizada de las condiciones económicas de adquisición de medicamentos. Desde 2012 el SMS impulsó la adquisición centralizada de medicamentos mediante contratos marco, procedimientos negociados y procedimientos negociados por exclusividad con objeto de aprovechar sinergias en la adquisición de medicamentos y reducir los costes de adquisición de los medicamentos.

Estando en vigor los concursos y procedimientos negociados realizados en 2012, durante el año 2013 se añadieron otros seis concursos acuerdo marco o procedimientos negociados por exclusividad, con diferentes lotes cada uno de ellos, por una cuantía global de adjudicación de 10.706.000 euros.

- Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica (CRFT). En 2013, se inició el funcionamiento de la Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica (CRFT), creada por orden de la Consejería de Sanidad de 26 de julio de 2012 (ver web: <http://www.borm.es/borm/documento?obj=anu&id=549649>). La CRFT tiene como objetivo principal la fijación de directrices, criterios, condiciones e indicaciones específicos en materia de medicamentos, para su mejor utilización en cuanto a la calidad, seguridad y eficiencia de su empleo y en la equidad de acceso a los mismos, así como, establecer en este ámbito estrategias de mejora en la gestión eficiente de los recursos farmacéuticos y conseguir mayores niveles de transparencia en la toma de decisiones.

Durante el año 2013 se terminó de elaborar y aprobar el reglamento interno de funcionamiento de la Comisión y se crearon los siguientes grupos de trabajo a propuesta y dependientes de la CRFT.

- Medicamentos oncológicos, que procedió, como primer tema a abordar de este grupo de trabajo, a la elaboración de la guía de consenso en el uso de nuevos medicamentos en el tratamiento del cáncer de mama.
- VIH: que viene trabajando desde entonces, de forma consensuada por los profesionales, y de forma continua, en la introducción de nuevos medicamentos para el tratamiento del V.I.H. y en la propuesta para la mejora de la eficiencia en el uso de las diferentes alternativas terapéuticas.
- Hepatitis C: grupo de trabajo que se constituyó en 2012 y cuya creación se adelantó a la constitución de la CRFT, pero que continuó su trabajo vinculado a la Comisión. La principal función del grupo está relacionada con la aplicación de los consensos estatales sobre la introducción de nuevos medicamentos en la terapia de

la hepatitis C y en la elaboración de procedimientos y acuerdos para su aplicación en el conjunto del Servicio Murciano de Salud, que elaboraron diversos protocolos/documentos de consenso. Por consenso del grupo VHC, se aplican las estrategias del SNS, se priorizan los pacientes a tratar y se registran los tratamientos y datos clínicos y analíticos de los pacientes en formularios incluidos en la historia clínica electrónica, lo que ha permitido valorar la adecuación de las indicaciones de tratamiento al I.P.T., el registro de los efectos secundarios que van apareciendo a lo largo del tratamiento y su efectividad en cuanto al grado de consecución del objetivo terapéutico.

- Nuevos antiagregantes plaquetarios en el tratamiento del síndrome coronario agudo. Grupo de trabajo que se constituyó en 2013 y concluyó su actuación con la presentación de conclusiones a principio de 2014.
- Grupo de trabajo para la elaboración de una guía de manejo de los nuevos anticoagulantes orales, que también se constituyó en el año 2012 y concluyó en 2013.

3. Central de compras

El Servicio Murciano de Salud (SMS) se encuentra inmerso, como el resto de organizaciones sanitarias, en un nuevo entorno social que exige una mayor productividad y eficiencia en la cadena de suministros, marcándose al mismo tiempo como objetivo primordial, la mejora de sus procesos y servicios sanitarios, aumentando el valor de los mismos para los ciudadanos.

Por ello, el SMS ha puesto en marcha un Modelo Centralizado de Compras, Aprovisionamiento y Logística con los siguientes objetivos:

- Gestionar todas las tipologías de productos y servicios.
- Proporcionar servicio a todos los centros públicos del Servicio Murciano de Salud.
- Considerando un modelo integrado y de visión completa, independientemente de quien sea el responsable de operar las distintas funciones del modelo.
- Con capacidad para controlar desde la demanda en el punto de consumo hasta la negociación de condiciones con los proveedores.
- Aprovechando de la mejor forma posible los recursos y capacidades actuales.
- Con un nivel de centralización progresivo y en base a prioridades, de forma que se permita la coexistencia con el modelo actual y se asegure la realización de los beneficios esperados.

En este proyecto de transformación de los procesos corporativos, se puso en marcha la Unidad de Aprovisionamiento Integral (UAI), con el objetivo de coordinar todos los elementos de la cadena de suministros (compra, aprovisionamiento, catálogo, logística, etc...) y con el apoyo de una plataforma logística. Por lo tanto el SMS, a través de la Unidad de Aprovisionamiento Integral pretende alcanzar un modelo más eficiente y con visión integral, que permita:

- Reducir precios por volumen, condiciones logísticas y racionalización de proveedores.

- Conseguir niveles de servicio y disponibilidad en el aprovisionamiento y distribución, a través de mejores prácticas logísticas a un coste menor.
- Reducir inventarios, situaciones de roturas de stock y obsolescencias.
- Ahorrar en espacios de almacenes e infraestructuras.
- Disponer de unos procesos más eficientes, automatizados y estandarizados.
- Incremento de los niveles de servicio y reducción de las incidencias.
- Aprovechamiento de sinergias de un modelo de operación común.

Al mismo tiempo, mediante la creación de la UAI y la plataforma logística, el SMS pretende establecer también como objetivo prioritario, garantizar un nivel de servicio de excelencia al usuario asistencial clínico.

Así, se instaura un servicio basado en la excelencia, que permita disponer de todas las referencias requeridas, en las cantidades pactadas y en el tiempo justo para su utilización. Disponiendo de toda la información del proceso de aprovisionamiento, así como una atención personalizada para casos de consultas, dudas, incidencias, urgencias o emergencias. De este modo se pretende eliminar de la labor asistencial todas las tareas que no aportan valor añadido al mismo, permitiendo una mayor dedicación del profesional clínico a la mejora en la atención al paciente.

Durante 2013 los objetivos alcanzados a través de esta nueva estructura:

- Estructura organizativa con 24 personas.
- Unidad de catálogo en funcionamiento para la gestión del mantenimiento del catálogo centralizado del SMS, donde se han gestionado más de 1000 solicitudes de alta durante 2013.
- Área de planificación de compras con un volumen importante de concursos centralizados ya en marcha. En concreto durante 2013 se gestionaron los siguientes:
 - Prótesis cardíacas
 - Material de informática
 - Implantes cocleares
 - Sueros de irrigación
 - Reactivos de virología
 - Lencería y vestuario
 - Material desechable para protección
 - Implantes de traumatología
 - Material de ventilación: oxigenoterapia
 - Termometría, electrodos, placas y geles conductores
 - Material desechable para ventilación
 - Reactivos y material fungible de coagulación
 - Reactivos y material fungible de hematimetría
 - Reactivos y material fungible de TAO
 - Stents con sirolimus

- Durante 2013 se dio cobertura desde la plataforma logística a las gerencias I, II, VI, VII y VIII además del 100% de toda la primaria y el 061.
- Cuadro de mando de indicadores en funcionamiento en 2013, de reporte mensual, así como con capacidad de realización de informes detallados de actividad.
- Como Unidad de Aprovisionamiento Integral, durante 2013 se colaboró en el diseño de los nuevos procedimientos que el SMS estableció para la incorporación de nuevas tecnologías en el SMS y en concreto en el desarrollo del GTESITS.

4. Evaluación de tecnologías

En 2013 se consolida la puesta en marcha del Comité Regional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (CRETS) creado por la Orden de la Consejería de Sanidad y Política Social de fecha 26 de julio 2012 (BORM 7 de agosto de 2012). El Comité tienen como objetivo la fijación de directrices, criterios, condiciones e indicaciones de carácter general destinados a promover una cartera de servicios autonómica coherente y de calidad, así como el uso apropiado de tecnologías sanitarias en términos de efectividad, seguridad, eficiencia, accesibilidad, y equidad proporcionando la información y emitiendo las recomendaciones necesarias para la toma de decisiones dentro del Sistema Sanitario Público de Salud.

Las principales funciones del Comité son:

- Desarrollar e impulsar un programa de evaluación para el apoyo a la toma de decisiones por parte del Servicio Murciano de Salud en materia de incorporación, utilización y desinversión de tecnologías sanitarias (medicamentos, dispositivos, técnicas y procedimientos).
- Priorizar la evaluación de aquellas tecnologías sanitarias vinculadas a patologías que por su impacto sanitario, social, económico o por la variabilidad de la práctica clínica hacen necesaria su especial supervisión y seguimiento.
- Definir los procedimientos de evaluación con los que protocolizar cualquier solicitud de incorporación, renovación y/o eliminación de tecnologías sanitarias.
- Conocer e informar las solicitudes de incorporación, renovación y/o eliminación de tecnologías sanitarias del sistema regional de salud, atendiendo a criterios de efectividad, coste-efectividad e impacto presupuestario.
- Durante 2013, el CRETS ha definido el procedimiento a seguir para la incorporación de tecnologías sanitarias y ha encargado dos informes para su desarrollo. Uno, al grupo de Economía de la Salud del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Murcia sobre: "Elaboración de directrices para la evaluación del coste-efectividad y del impacto presupuestario en la evaluación de tecnologías sanitarias", y otro al grupo de I+D Economía, Políticas Públicas y Salud de la Universidad Politécnica de Cartagena sobre la "Metodología de evaluación de las intervenciones preventivas mediante modelos de simulación: aplicación a las medidas de prevención del tabaquismo".

5. Monitorización de resultados en salud

Con el fin de impulsar dentro de la organización la cultura de evaluación de resultados en salud se ha puesto en marcha un plan de monitorización de indicadores en los principales procesos asistenciales. Los indicadores definidos se miden con metodología homogénea y con carácter corporativo en todas las Áreas de Salud del SMS.

Durante 2013 se ha realizado la evaluación de la atención al parto normal que ha puesto de manifiesto la variabilidad entre las 5 maternidades y la existencia de oportunidades de mejora en varios de los indicadores, entre los que destacan la episiotomía en partos eutócicos, el parto vaginal tras cesárea y el contacto precoz madre-recién nacido.

También durante 2013 se ha evaluado la atención al cáncer de mama donde las principales acciones para mejorar deben concentrarse en la evaluación de la paciente por el comité de mama, el intervalo entre la confirmación diagnóstica y el primer tratamiento así como la proporción de pacientes sometidas a cirugía conservadora.

En cuanto a la evaluación de la atención a los pacientes con cáncer de colon y recto las actuaciones deben dirigirse a la mejora de la evaluación del paciente por el comité de cáncer, el intervalo entre el diagnóstico histopatológico y el comienzo del tratamiento así como la infección de herida quirúrgica.

El Servicio Murciano de Salud incluye objetivos de calidad de cuidados de enfermería en sus contratos de gestión para mejorar los servicios sanitarios y como forma de garantizar que la prestación de cuidados se realice con unos niveles adecuados de calidad.

El Grupo Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados en Enfermería (GREMCCE), se constituye en 2005 con el objetivo de normalizar, evaluar, mejorar y monitorizar la calidad de los cuidados de enfermería. Este Grupo está formado por personal de enfermería de las 9 Área de Salud de la red asistencial del Servicio Murciano de Salud, asesorados y coordinados por la Subdirección General de Calidad Asistencial.

El plan de actividades ha priorizado las siguientes áreas de cuidados: acogida y valoración del paciente al ingreso en la Unidad de hospitalización, prevención de úlceras por presión, prevención de caídas, cuidados al paciente portador de sonda vesical, cuidados al paciente portador de catéter venoso, valoración del dolor y riesgo nutricional, continuidad de cuidados y desarrollo de ciclos de evaluación y mejora de la calidad de cuidados.

Entre las diferentes Líneas de Trabajo que se han seguido se encuentran la "Elaboración de un Sistema de Indicadores de Calidad" para evaluación de las actuaciones, abordándose las dimensiones de accesibilidad, calidad científico técnica, seguridad y satisfacción del paciente y el "Diseño e implantación de un Plan de Monitorización" de periodicidad cuatrimestral para la evaluación del nivel de cumplimiento de los indicadores.

Durante 2013, se han monitorizado 19 indicadores. Los resultados son globalmente positivos, con cumplimientos superiores al 80% en gran parte de los indicadores. En términos evolutivos, tienden a la mejora en la mayor de los indicadores. En el análisis comparativo por hospitales, la variabilidad sigue siendo el aspecto más relevante. Algunos indicadores siguen presentando margen de mejora.

6. Calidad percibida

Los objetivos comunes a todas las encuestas utilizadas para medir la calidad percibida por el usuario de los servicios asistenciales del Servicio Murciano de Salud (SMS) son:

- Medir la calidad percibida y la valoración global de la satisfacción con la atención recibida.
- Identificar oportunidades de mejora.

6.1. Atención Primaria

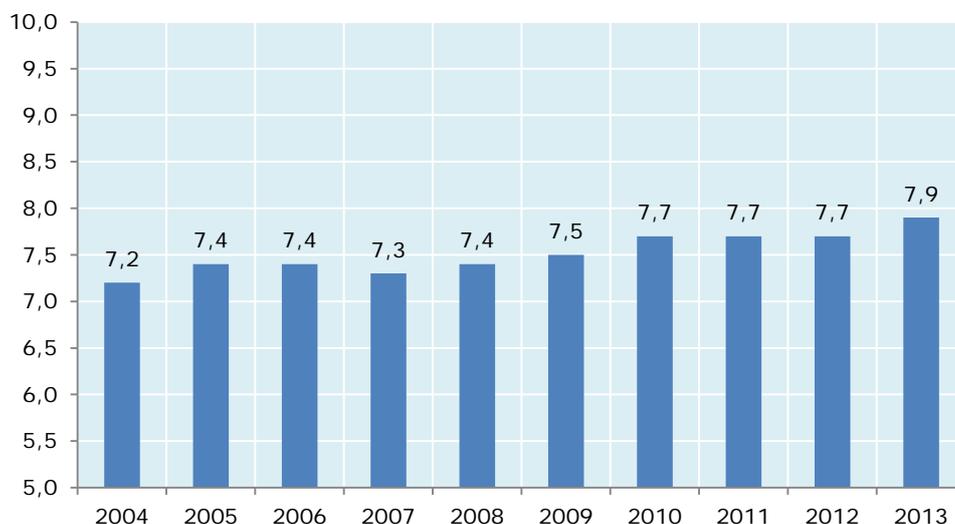
En el año 2013 se han encuestado a 2.131 personas atendidas en los Centros de Salud del SMS (tasa de respuesta 26,6%). La satisfacción media sigue con su tendencia ascendente, incrementándose del 7,7 del año 2012 al 7,9 en 2013, y se siguen manteniendo altas valoraciones de la profesionalidad y trato de los profesionales sanitarios.

No se encuentran variaciones en las áreas susceptibles de mejora como son:

- Tiempos de espera: sólo un 47,9% (37,5% - 57%) de los entrevistados declaran ser atendidos a la hora que estaban citados en la consulta del médico de familia y un 21% (15,5% - 33,5%) consideran que esperan mucho o muchísimo para entrar a consulta.
- Accesibilidad a las recetas de crónicos: los pacientes manifiestan sus problemas para conseguir estas recetas, disminuyendo el cumplimiento del indicador en 2013 (58%).
- Personal de administración: aunque se aprecia cada año una leve mejora en los indicadores de trato y de competencia profesional, aún hay un amplio margen de mejora. Los indicadores medidos no alcanzan el 75% de cumplimientos para el SMS, y no se supera el 80% en ninguna de las Áreas.
- Infraestructura: los resultados obtenidos en estos indicadores mejoran en 2013, pero sólo un 65% (58% - 75%) de los encuestados declara que todo estaba en buenas condiciones.

En caso de poder elegir un 97% de los entrevistados volverían a su Centro de Salud y un 94% lo recomendarían a sus amigos y familiares.

Gráfico 6.1. Evolución de la satisfacción media con atención primaria.
Años 2004-2013



Observaciones: Las encuestas para medir la calidad percibida por el usuario en atención primaria se iniciaron en el año 2004.

Fuente: Servicio Murciano de Salud.

6.2. Servicios Obstétricos

En el año 2013, con la misma metodología utilizada en años anteriores, se procede a encuestar a una muestra de 1.212 mujeres dadas de alta en las Maternidades de los Hospitales del SMS (tasa de respuesta 34,4 %). La satisfacción media es de 8,3, con valoraciones altas de la profesionalidad 89% (84,5% - 93,6%) y trato de los profesionales 88,5% (83% - 93,4%).

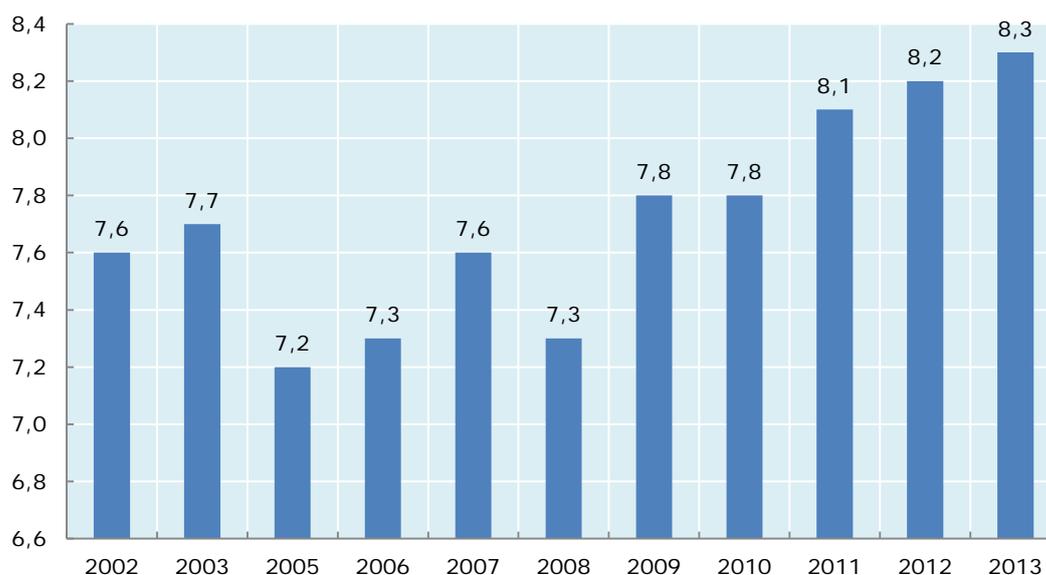
Se encuentran oportunidades de mejora en las siguientes áreas:

- **Información:** persiste como una oportunidad de mejora de esta dimensión la información que se da a la mujer al ingreso en el hospital sobre las normas del funcionamiento (57%), al igual que las explicaciones al alta sobre tratamiento y cuidados de la madre (76%) y del niño (73%).
- **Infraestructuras:** la calidad percibida de la comida continúa como una de las mayores oportunidades de mejora de esta dimensión. Sólo un 54,5% (39% - 77%) de las usuarias entrevistadas manifestaron no tener ningún problema con la comida servida durante su estancia en el hospital. Por otra parte, únicamente un 48% (22% - 84%) manifiestan que estaban en buenas condiciones las habitaciones y sólo un 75% (45% - 91%) opinan lo mismo de las salas de dilatación, conformando ambos indicadores el otro reto de esta dimensión.
- **Organización:** un 70,5% (54% - 84%) de las encuestadas, declaran que no tuvieron dificultad para identificar la categoría del personal que las atendía, que el

personal se identificaba ante ellas un 50% (34% - 64%), que no les resultaron molestas las visitas un 70% (58% - 80%) y un 71,5% (69% - 74%) declara que no se interrumpió su descanso por la mañana demasiado pronto.

Un 98% de los encuestados si pudieran escoger volverían a ese Hospital y un 94% lo recomendarían a sus amigos y familiares.

Gráfico 6.2. Evolución de la satisfacción media con los servicios obstétricos. Años 2002-2013



Observaciones: En el año 2004 no se realizó la encuesta en hospitales.

Fuente: Servicio Murciano de Salud.

6.3. Servicios Médicos

En el año 2013 se procede a encuestar a 2.186 pacientes dados de alta en los Servicios Médicos de los Hospitales del SMS (tasa de respuesta 31,1%). La satisfacción media mantiene el valor observado en 2012 del 8,4, y se encuentran altas valoraciones de la profesionalidad 91% (87% - 93,8%) y trato de los profesionales 92,2% (88,5% - 95,6%).

Aunque la dimensión información se presenta tanto en el SMS como en todos los hospitales como un punto fuerte, aun hay oportunidades de mejora como son la información al paciente (79%) y a sus familiares (77%) mientras permanece en urgencias y la información sobre las normas del funcionamiento que se da al paciente al ingreso en el hospital (70%).

Se observan oportunidades de mejora en las siguientes áreas:

- Infraestructuras: la calidad percibida de la comida continúa como una de las mayores oportunidades de mejora de esta dimensión. Sólo un 46% (34% - 66%)

de los pacientes entrevistados manifestaron no tener ningún problema con la comida servida durante su estancia en el hospital. Tanto las condiciones de las habitaciones 52% (34,5% - 80%) como las instalaciones del área de urgencias 65% (29% - 84%) conforman el otro reto de esta dimensión.

- Organización: un 70% (60% - 80%) de los pacientes entrevistados opinan que el personal que les atendía se identificaba ante ellos, un 78% (70% - 82%) que no tuvieron problemas al compartir habitación y sólo un 57% (48% - 72%) declara que cuando se interrumpió su descanso lo fue por causa justificada.

Un 97% de los entrevistados, si pudieran escoger, volverían a ese Hospital y un 93% lo recomendarían a sus amigos y familiares.

Gráfico 6.3. Evolución de la satisfacción media con los servicios médicos. Años 2002-2013



Observaciones: En el año 2004 no se realizó la encuesta en hospitales.

Fuente: Servicio Murciano de Salud.

6.4. Servicios Quirúrgicos

En el año 2013 se encuesta a 1.708 dados de alta en los Servicios Quirúrgicos de los Hospitales del SMS (tasa de respuesta 34,8%). La satisfacción media mantiene el valor observado en 2012 del 8,4 y con altas valoraciones de la profesionalidad (85,5% - 95,9%) y trato de los profesionales sanitarios (86,1% - 95,8%).

La dimensión información mejora en 2013 con respecto a 2012, pero persisten parcelas con oportunidades de mejora como son la información a familiares mientras el paciente permanece en urgencias (74%) y la información que se da al paciente al ingreso en

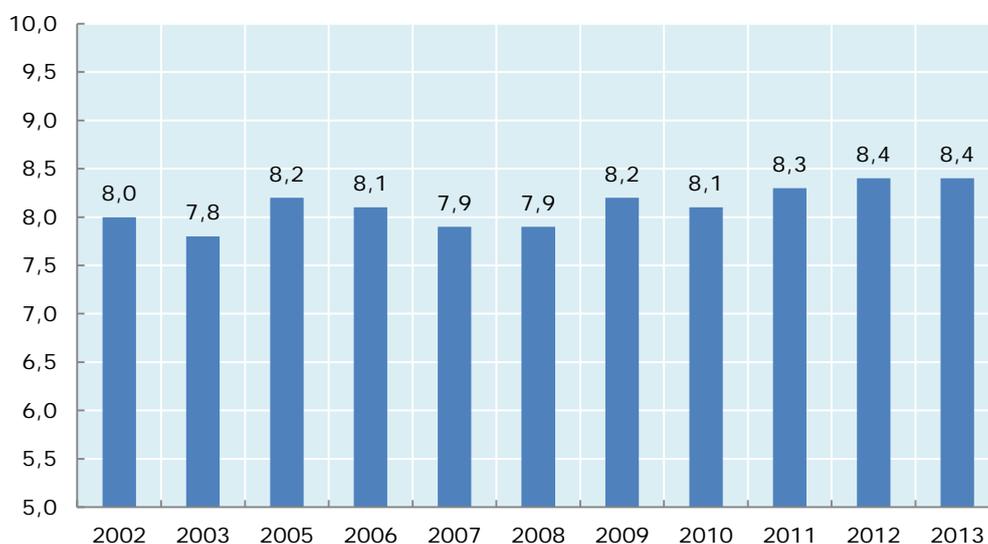
el hospital sobre las normas del funcionamiento (74%). Se encuentra una mejora importante para los indicadores relacionados con el Documento del Consentimiento Informado. Así un 97% de los pacientes declaran que se les entregó (92,8% - 100%), un 85,4% que se les explicó el contenido del mismo (76,1% - 91,4%) y un 82% que dispusieron de tiempo suficiente para leerlo (69,8% - 91,8%). La oportunidad de mejora se encuentra en la entrega de una copia del mismo (79%).

Se mantienen como oportunidades de mejora las siguientes áreas:

- **Infraestructuras:** la calidad percibida de la comida continúa como una de las mayores oportunidades de mejora de esta dimensión. Sólo un 49% (32% - 77%) de los pacientes entrevistados manifestaron no tener ningún problema con la comida servida durante su estancia en el hospital. Tanto las condiciones de las habitaciones 57% (38% - 85,7%) como las instalaciones del área de urgencias 69% (61% - 80%) conforman el otro reto de esta dimensión.
- **Organización:** un 60% (40% - 72%) de los pacientes entrevistados opinan que el personal que les atendía se identificaba y sólo un 64% (53% - 81%) declara que cuando se interrumpió su descanso lo fue por causa justificada.

Un 93% de los entrevistados, si pudiera escoger, volverían a ese Hospital y un 95% lo recomendarían a sus amigos y familiares.

Gráfico 6.4. Evolución de la satisfacción media con los servicios quirúrgicos. Años 2002-2013



Observaciones: En el año 2004 no se realizó la encuesta en hospitales.

Fuente: Servicio Murciano de Salud.

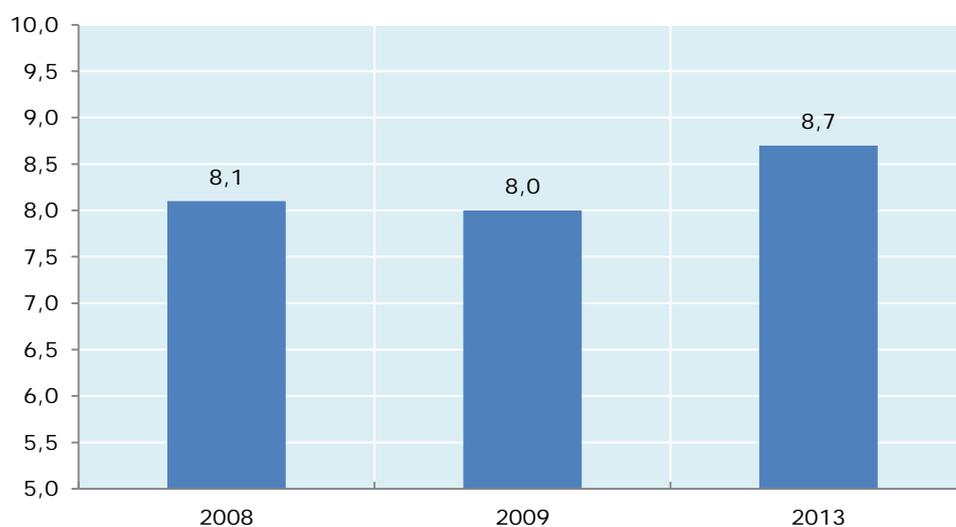
6.5. Urgencias Hospitalarias

En el año 2013 se procede a encuestar a 1.710 pacientes (190 por hospital) atendidos en los Servicios de Urgencias Hospitalarias del Servicio Murciano de Salud. La satisfacción media se ha incrementado del 8,1 del año 2008 al 8,7 en 2013, manteniéndose altas valoraciones de la profesionalidad y trato de los profesionales.

El tiempo de espera desde que se solicita asistencia hasta que tiene lugar el primer contacto con el personal médico o de enfermería, es decir, hasta que un sanitario le pregunta por primera vez al paciente que le pasa, ha experimentado una amplia mejora en 2013. Se espera, según los pacientes consultados, una media de 18 minutos en el SMS (13,9 - 25,8) frente a los 35 min. que manifestaban esperar en 2008 y los 33 min. de 2009. No obstante se aprecia que hay hospitales en los que aún existe un espacio de mejora amplio para este indicador, existiendo un 26,3% de pacientes que opinaron que pasó mucho tiempo, desde que llegaron, hasta ese primer encuentro. La mejora solicitada mayoritariamente por los pacientes entrevistados se relaciona con el tiempo total que permanecieron en Urgencias.

Se aprecia una tendencia descendente tanto para el indicador que refleja la posibilidad de poder estar acompañado dentro del área de Urgencias, un 81,6% para 2013 (78,4% - 88,2%), como para el de identificación del personal, 81% en 2013 (76,5% - 92,5%).

Gráfico 6.5. Evolución de la satisfacción media con los servicios de urgencias hospitalarios. Años 2008, 2009 y 2013



Fuente: Servicio Murciano de Salud.

6.6. Consultas Externas

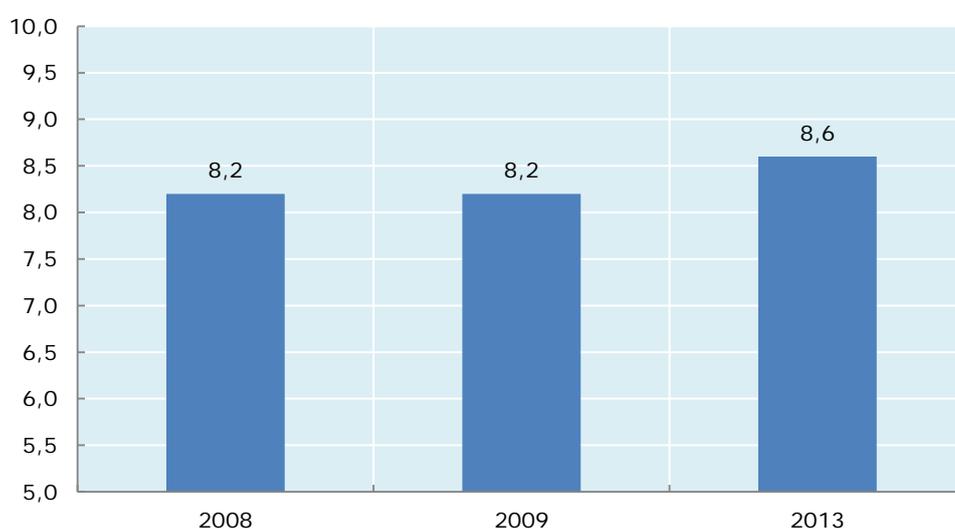
Se han encuestado a 1.710 pacientes (190 por hospital) atendidos en las consultas externas de los hospitales del SMS en 2013. La satisfacción media con las consultas externas se ha

incrementado del 8,2 de los años 2008 y 2009 al 8,6 de 2013. Los usuarios mantienen unas altas valoraciones acerca de la profesionalidad y del trato de todo el personal sanitario. Asimismo, se expresan valoraciones muy positivas acerca del estado de las instalaciones.

Las oportunidades de mejora se siguen encontrando en el tiempo de espera desde la hora de la cita hasta que el paciente es atendido en la consulta, en el porcentaje de pacientes que salen de la consulta sin las recetas de los medicamentos prescritos y las dificultades para escoger día y hora para la consulta.

La mejora solicitada mayoritariamente por los usuarios es la puntualidad con respecto al horario de la cita.

Gráfico 6.6. Evolución de la satisfacción media con las consultas externas hospitalarias. Años 2008, 2009 y 2013

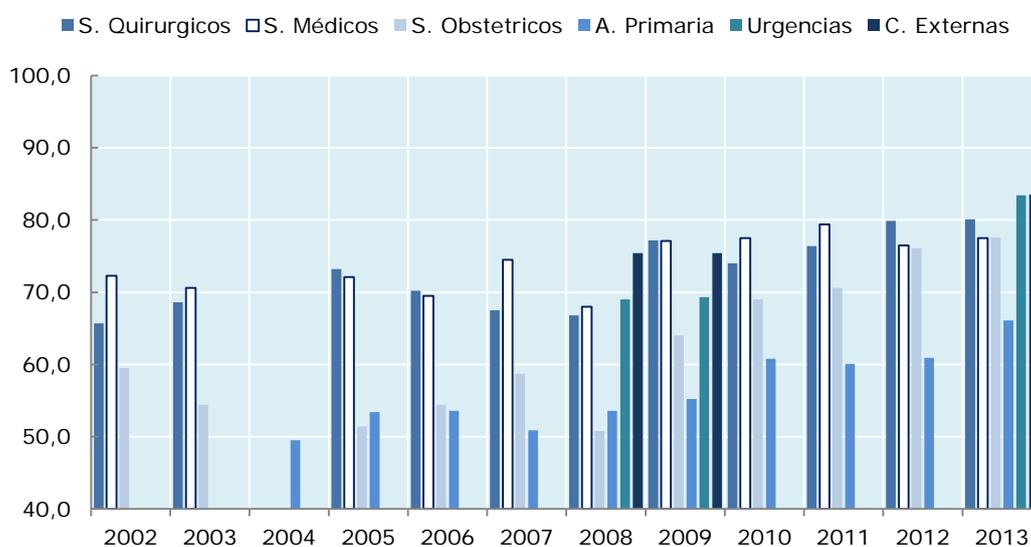


Observaciones: Las encuestas en hospitales se iniciaron en 2002, aunque en 2004 no se realizaron. Las encuestas en atención primaria se iniciaron en 2004. Las encuestas en urgencias y en consultas externas se hicieron en 2008, 2009 y 2013.

Fuente: Servicio Murciano de Salud.

A modo de resumen de la evolución de la calidad percibida por los usuarios del Servicio Murciano de Salud se puede observar la tendencia positiva en todas las encuestas del porcentaje de pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción (escala de 1 a 10), así como en la puntuación media obtenida.

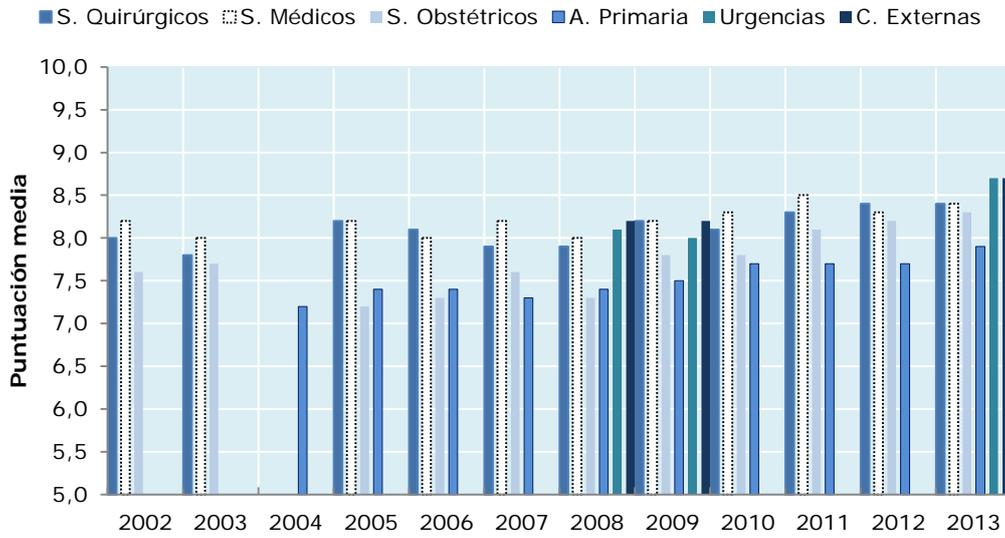
Gráfico 6.7. Porcentaje de pacientes que puntúan con 8 ó más su satisfacción con los servicios sanitarios. Años 2002-2013



Observaciones: Las encuestas en hospitales se iniciaron en 2002, aunque en 2004 no se realizaron. Las encuestas en atención primaria se iniciaron en 2004. Las encuestas en urgencias y en consultas externas se hicieron en 2008, 2009 y 2013.

Fuente: Servicio Murciano de Salud.

Gráfico 6.8. Satisfacción media con los servicios sanitarios. Años 2002-2013



Observaciones: Las encuestas en hospitales se iniciaron en 2002, aunque en 2004 no se realizaron. Las encuestas en atención primaria se iniciaron en 2004. Las encuestas en urgencias y en consultas externas se hicieron en 2008, 2009 y 2013.

Fuente: Servicio Murciano de Salud.

Índice de gráficos

Gráfico 6.1. Evolución de la satisfacción media con atención primaria. Años 2004-2013	14
Gráfico 6.2. Evolución de la satisfacción media con los servicios obstétricos. Años 2002-2013.....	15
Gráfico 6.3. Evolución de la satisfacción media con los servicios médicos. Años 2002-2013	16
Gráfico 6.4. Evolución de la satisfacción media con los servicios quirúrgicos. Años 2002-2013.....	17
Gráfico 6.5. Evolución de la satisfacción media con los servicios de urgencias hospitalarios. Años 2008-2013	18
Gráfico 6.6. Evolución de la satisfacción media con las consultas externas hospitalarias. Años 2008-2013	19
Gráfico 6.7. Porcentaje de pacientes que puntúan con 8 ó más su satisfacción con los servicios sanitarios. Años 2002-2013	20
Gráfico 6.8. Satisfacción media con los servicios sanitarios. Años 2002-2013	21

Abreviaturas, acrónimos y siglas

B

BORM: Boletín Oficial de la Región de Murcia

C

CRFT: Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica

CRETS: Comité Regional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

E

EFQM: Fundación Europea para la Gestión de la Calidad

G

GREMCCE: Grupo Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados en Enfermería

GTESITS: Grupo Técnico para la Evaluación de Solicitudes de Incorporación de Tecnologías Sanitarias

I

IPT: Informe de Posicionamiento Terapéutico

P

PVP: Precio Venta al Público

S

SMS: Servicio Murciano de Salud

V

VHC: Virus Hepatitis C

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

U

UAI: Unidad de Aprovisionamiento Integral

Informe anual
del Sistema Nacional
de Salud 2013
Comunidad Foral de Navarra



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	2
Resumen	3
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	5
1. La Comunidad Foral de Navarra	5
2. EL Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Estructura organizativa y asistencial.....	5
3. Líneas estratégicas del sistema sanitario de Navarra	7
4. La gestión sanitaria en el SNS-O.....	8
4.1. La atención sanitaria centrada en los ciudadanos y ciudadanas.....	8
4.2. Gestión clínica, calidad y seguridad de pacientes	10
4.3. Sostenibilidad del sistema sanitario.....	12
5. La investigación sanitaria.....	14
5.1. Actuaciones del Departamento de Salud	14
5.2. Actuaciones de Navarrabiomed-Fundación Miguel Servet	15
6. Docencia, formación e innovación	16
6.1. Actuaciones del Servicio de Investigación, Formación e Innovación	16
6.2. Actuaciones del Servicio de Sistemas de la Información Sanitaria	17
7. Banco de sangre y de tejidos de Navarra	18
8. Trasplantes y donación de órganos	19
Índice de Figuras	20
Abreviaturas, acrónimos y siglas	21
Bibliografía	23

Demografía y entorno económico

	Comunidad Foral Navarra	España	Fuente
Población	637.020	46.593.236	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	49,7	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	50,3	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	15,7	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	65,8	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	18,5	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	9,5	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	5,2	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

A lo largo del año 2013 las principales estrategias, hitos y acciones llevadas a cabo en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad Foral de Navarra han sido:

- Proyectos estratégicos más relevantes:
 - *Detección precoz del cáncer colorrectal.*
 - *Plan de gestión y priorización de las listas de espera.*
 - *Estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos.*
 - *Unificación de servicios del Complejo Hospitalario de Navarra.*
 - *Unificación de los laboratorios asistenciales.*
 - *Contabilidad Analítica.*
 - *Puesta en marcha del nuevo Centro de Investigación Biomédica.*
- Presencia de Salud Navarra en Internet: Nuevo portal Web de Salud Navarra. Redes sociales.
- Participación Ciudadana: FOROSALUD.
- Proyecto corporativo de "Evaluación de la calidad percibida".
- Aplicación de la Ley Foral 8/2013, por la que se establece el procedimiento y las condiciones para el acceso a las prestaciones del Régimen de Universalización de la Asistencia Sanitaria Pública en la Comunidad Foral de Navarra del colectivo de personas excluidas por la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012.
- La Comisión de Dirección del SNS-O acuerda la constitución de dos Grupos de Trabajo para la Gestión y Seguimiento de las Listas de Espera.
- Reconstituir el Comité de Coordinación y Continuidad Asistencial del SNS-O.
- El Departamento de Salud asume la responsabilidad de liderar en Navarra la Estrategia de Seguridad del Paciente, con la elaboración en 2013 del documento, con la puesta en marcha del Registro de Incidentes Adversos en el SNS-O, y con 31 actividades de formación para 1.266 profesionales.
- En AP se finaliza con la implantación de la fase I del "Plan de Mejora", iniciado en 2007.
- En AP se extiende el programa de gestión clínica de la Incapacidad Temporal.
- En AP comienza el pilotaje de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.
- Se pilota el programa de cribado poblacional de cáncer colorrectal.
- En Salud Mental, reorganización de la atención infanto-juvenil en Pamplona, con centros de referencia para toda Navarra.
- Implantación del Laboratorio Unificado (LUNA).
- Se ha elaborado el Programa de Promoción de la Investigación en el seno del SNS-O.
- A finales del 2013 se ha puesto en marcha el nuevo Centro de Investigación Biomédica "Navarrabiomed" en el que se ha ubicado la sede de la Fundación Miguel Servet.

- Se ha alcanzado un acuerdo entre el Departamento de Salud y la Universidad de Navarra para iniciar el proceso de acreditación del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra.
- Se han iniciado los trabajos de planificación del Sistema de Evaluación e Inteligencia Sanitaria.
- Estrategia en Enfermedades Raras y puesta en marcha del Registro de Enfermedades Raras en el Instituto de Salud Pública y Laboral.
- Se ha definido la Estrategia de Gestión de Conocimiento. Biblioteca Virtual del Departamento de Salud.
- Proyecto de Centro de Simulación y Experiencias Innovadoras orientado al Paciente.
- Historia de Salud Electrónica de Enfermería de Atención Especializada.
- Se ha desplegado la imagen digital en todos los centros del SNS-O y en el Complejo Hospitalario.
- Se ha desplegado el módulo de farmacia hospitalaria FARHO en todos los hospitales del Complejo Hospitalario de Navarra.
- Desarrollo de la aplicación COLONIS, sistema de información para la gestión del programa poblacional de prevención de cáncer colo-rectal.
- Puesta en marcha del protocolo de donación en asistolia.

1. La Comunidad Foral de Navarra

La Comunidad Foral de Navarra está situada al norte de España, en el extremo occidental de los Pirineos, donde mantiene 163 kilómetros de frontera con Francia. Tiene una extensión de 10.391 km² la flanquean, por el este Aragón, por el sur Aragón y la Rioja y por el noroeste la Comunidad Autónoma Vasca.

Presenta una gran variedad geomorfológica y bioclimática. La población navarra a 1 de enero de 2013 asciende a 644.477 habitantes, de los que 320.933 (49,8%) son hombres y 323.544 (50,2%) mujeres. El 9,3% del total de habitantes (59.363) son extranjeros.

Navarra fue la tercera comunidad autónoma que registró mayor nivel de Producto Interior Bruto (PIB) por habitante en 2013, con 28.350 euros, lo que supone 6.079 euros por habitante por encima de la media según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

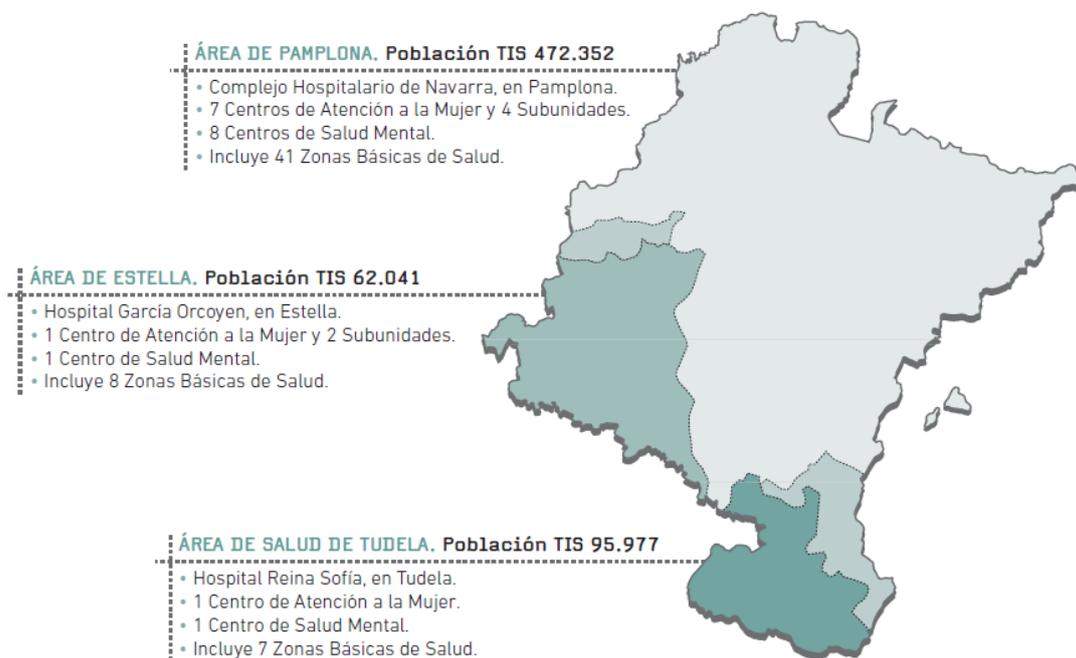
El presupuesto del Departamento de Salud en Navarra para el año 2013 fue de 857,17 millones de euros, lo que supone 1.330 euros por habitante. El 96,8% de este presupuesto se asignó al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O), lo que significa una dotación presupuestaria por Tarjeta Individual Sanitaria (TIS) de 1.296 euros.

2. EL Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Estructura organizativa y asistencial

En el año 2012, mediante el Decreto Foral 62/2012 de 18 de Julio, se establecieron los nuevos Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Pasado un año del funcionamiento con la nueva forma organizativa, en julio de 2013, se constata la necesidad de modificar dichos estatutos, por lo que se aprueba un nuevo Decreto con un doble objetivo, el de potenciar la coordinación asistencial de forma integral, como elemento vertebrador del nuevo modelo asistencial y reducir y simplificar la estructura orgánica en línea con lo que se venía produciendo en los últimos años en toda la Administración de la Comunidad Foral de Navarra.

Figura 2.2. Estructura asistencial en la Comunidad Foral de Navarra



Fuente: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

3. Líneas estratégicas del sistema sanitario de Navarra

El año 2013 fue el año del despliegue de los proyectos estratégicos definidos en el documento “Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria de Navarra”, publicado en agosto de 2012. Este documento constituye el núcleo de la estrategia de intervención sanitaria y recoge los distintos proyectos a acometer a corto y medio plazo.

Con el despliegue de los proyectos de este nuevo modelo de atención, se pretende mejorar la atención sanitaria de toda la ciudadanía, mejorar la efectividad y la eficiencia, y garantizar la sostenibilidad del sistema público de salud.

Concretamente, son 40 los proyectos recogidos en el documento, de ellos 26 son Proyectos Estratégicos y 14 son Proyectos Instrumentales, de cada proyecto se ha elaborado una ficha con los criterios y/o acciones previstas, y cada Proyecto dispone de su cronograma y de su Responsable Operativo y Responsable Técnico. Por último, se han establecido los indicadores adecuados para su monitorización y evaluación.

A continuación, señalamos código y título de los proyectos más relevantes que se desarrollaron en el año 2013:

- 1.4.- *Detección precoz del cáncer colorrectal*
- 3.2.- *Plan de gestión y priorización de las listas de espera*
- 5.1.- *Estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos*
- 8.1.- *Unificación de servicios del Complejo Hospitalario de Navarra*
- 8.2.- *Unificación de los laboratorios asistenciales*
- 10.4.- *Contabilidad Analítica*
- 11.1.- *Puesta en marcha del nuevo Centro de Investigación Biomédica*

4. La gestión sanitaria en el SNS-O

4.1. La atención sanitaria centrada en los ciudadanos y ciudadanas

En el Modelo de Atención Sanitaria de Navarra se establece que la misión del sistema sanitario público es prestar atención sanitaria a todas las personas de la Comunidad Foral y contribuir a mejorar su nivel de salud.

Se aspira a lograr un modelo de atención orientada a la ciudadanía, respetando plenamente su autonomía y ampliando sus posibilidades de elección informada.

Partiendo de esta visión, el SNS-O ha desarrollado a lo largo de 2013 una serie de proyectos con diferentes acciones:

4.1.1. Presencia de Salud Navarra en internet

- *Nuevo portal Web de Salud Navarra*: a lo largo de 2013 se desarrolló el proyecto de nuevo Portal Ciudadano de Salud con el objetivo de fomentar una mayor y mejor accesibilidad al sistema, mejorando la información, proporcionando servicios on-line y buscando que la Web sea también una fuente de recursos para los profesionales en su interacción con los pacientes.
- *Redes Sociales*: la presencia de Salud Navarra se hace efectiva en los siguientes canales: Blog de Salud Navarra, páginas de Facebook, cuenta oficial de Twitter y canal de Youtube.

4.1.2. Participación ciudadana: Forosalud

Esta iniciativa desarrollada por la Dirección General de Salud en colaboración con la Dirección de Atención al Paciente y Calidad del SNS-O, trata de crear un espacio compartido donde pacientes y profesionales debaten y plantean propuestas de mejora de proyectos específicos del sistema sanitario.

En el año 2013 se llevaron a cabo dos foros de salud, uno sobre "Trastornos Mentales en la población infanto-juvenil" y otra sobre "Cánceres y Salud".

4.1.3. Proyectos de innovación y relación con asociaciones

Dentro de la estrategia de relación con las asociaciones de pacientes destaca el proyecto de colaboración con ASORNA (Asociación de Personas Sordas de Navarra) mediante el cual se creó un canal de comunicación alternativa al telefónico para notificar modificaciones en las citas con los pacientes-familiares con discapacidad auditiva.

4.1.4. Evaluación de la calidad percibida en el SNS-O

Durante 2013 se puso en marcha el proyecto corporativo de "Evaluación de la calidad percibida" por las personas usuarias del SNS-O cuyo objetivo es incorporar su visión y opinión como fuente habitual de innovación del proceso de mejora continua en la atención sanitaria.

Durante dicho año se pusieron en marcha dos acciones:

- Evaluación de la satisfacción en todos los dispositivos asistenciales de la Red de Salud Mental valorando aspectos como la atención personal, accesibilidad del personal profesional y su competencia y el confort de las instalaciones.
- Evaluación de la comunicación entre profesionales y pacientes de procesos de tumor de recto.

4.1.5. Base de datos sanitaria

Durante el año 2013 se han revisado, modificado y actualizado los procedimientos establecidos en dos líneas principalmente:

- *Gestión de la base de datos sanitaria:* con la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 16/2012 se procedió a la modificación de la base de datos sanitaria para la integración de la información con las siguientes acciones:
 - Actualización del código de aportación farmacéutica.
 - Integración de las nuevas vías de acceso a la asistencia sanitaria pública, adecuándose a los nuevos títulos creados en el Sistema Nacional de Salud por la incorporación de los grupos y subgrupos establecidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y para los colectivos excluidos del Sistema de la Seguridad Social.
 - Aplicación de la Ley Foral 8/2013, por la que se establece el procedimiento y las condiciones para el acceso a las prestaciones del Régimen de Universalización de la Asistencia Sanitaria Pública en la Comunidad Foral de Navarra del colectivo de personas excluidas por la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012.
- *Mejora de la comunicación e información con la ciudadanía,* las acciones se concretan en:
 - Cruce de la base de datos sanitaria con los datos del padrón y asignación de código de empadronamiento en cada persona.

- Comprobación de su derecho a asistencia sanitaria pública reconocida por la Seguridad Social sin presentación de documentación previa.
- Informes de explotación de datos por colectivos y vías de acceso.

4.2. Gestión clínica, calidad y seguridad de pacientes

Los servicios sanitarios que prestamos a la población van a estar condicionados por los tres elementos que titulan este apartado, la gestión clínica orientada al logro de resultados con una visión de calidad total es un factor clave, y la seguridad del paciente también es un factor clave en la calidad asistencial.

La gestión clínica es la gestión de los procesos clínicos y de todas las actividades y recursos que en ellos se engloban para el logro de resultados medibles en términos de calidad integral, es decir conjugando la calidad técnica, la calidad percibida, la eficiencia y también la seguridad del paciente.

En este apartado, a continuación se relacionan una serie de actuaciones que se han desarrollado en el año 2013 en el sistema sanitario navarro, tanto a nivel central como en los tres hospitales, en Atención Primaria y en Salud Mental.

- La Comisión de Dirección del SNS-O acuerda la constitución de dos Grupos de Trabajo para la Gestión y Seguimiento de las Listas de Espera, un grupo para mejorar las listas de espera quirúrgicas y otro grupo para mejorar las listas de espera de consultas.
- Aplicación y desarrollo de las Instrucciones para la gestión del Registro General de Pacientes en Listas de Espera de Navarra, publicadas en el BON en octubre de 2012.
- Se acuerda reconstituir el Comité de Coordinación y Continuidad Asistencial del SNS-O con el objetivo general de "Garantizar la continuidad y personalización en la atención integral al paciente, e incrementar la eficacia y eficiencia general del sistema, mediante una adecuada organización y una constante relación entre clínicos del Servicio Navarro de Salud".
- El Departamento de Salud asume la responsabilidad de liderar en Navarra la Estrategia de Seguridad del Paciente, con la elaboración en 2013 del documento, con la puesta en marcha del Registro de Incidentes Adversos en el SNS-O, y con 31 actividades de formación para 1.266 profesionales.
- En 2013 se continúa en el CHN (Complejo Hospitalario de Navarra) de Pamplona con la unificación de estos Servicios Clínicos: Neurología, Medicina Preventiva, Análisis Clínicos, Radiología, Digestivo y Otorrinolaringología. Quedan 11 servicios pendientes de unificar.
- Creación en el CHN de Pamplona de 11 grupos o comités en relación con la calidad, seguridad y sostenibilidad (Laboratorios - Neumología-Área de Oncología - Cáncer de Mama - Urología - Seguridad Quirúrgica - Farmacia-Anestesia - Prevención de Riesgos Laborales - Notificación Efectos Adversos - Sostenibilidad Material Sanitario).

- Creación en el CHN de Pamplona de la “Unidad multidisciplinar de cáncer de mama”.
- En el CHN de Pamplona se acuerda constituir la Comisión de Seguridad del Paciente, que tendrá como objetivos, entre otros, la elaboración del Plan de Seguridad del Paciente del CHN y la puesta en marcha del Sistema de Notificación de Incidentes.
- En el CHN de Pamplona se introducen los pactos de gestión por objetivos en todos los servicios.
- En HRS (Hospital Reina Sofía) de Tudela se inicia la elaboración del Plan de Calidad Total del hospital.
- Se implanta en el HRS de Tudela el sistema de información y notificación sobre seguridad del paciente.
- En HRS de Tudela se despliega el nuevo laboratorio y se certifica conforme a la norma UNE-EN ISO 9001:2008.
- Se inicia en el HRS de Tudela la depuración clínico-administrativa de pacientes en listas de espera.
- El HRS de Tudela implanta para 2013 y 2014 un nuevo modelo de pactos de gestión entre la dirección y los servicios, como paso previo a la implantación de los modelos de gestión clínica en el año 2015. El nuevo modelo implantado contempla objetivos en cinco áreas concretas.
- En el HRS de Tudela se ponen en marcha una serie de medidas en relación con la coordinación con la Atención Primaria (solicitud pruebas complementarias-interconsulta no presencial).
- En el HGO (Hospital García Orcoyen) de Estella se acuerda constituir el Comité de Seguridad del Paciente, con la puesta en marcha de un circuito para la recogida de incidencias.
- En el HGO de Estella se promueve el uso de la cirugía laparoscópica en cirugía digestiva, traumatológica, ginecología y urología.
- En el HGO de Estella, digitalización de los ecógrafos externos al servicio de radiología.
- En el HGO de Estella se implanta un protocolo de actuación ante posibles fallos informáticos.
- En Atención Primaria (AP) se finaliza con la implantación de la fase I del “Plan de Mejora”, iniciado en 2007, en las 56 zonas básicas de salud (ZBS) de Navarra.
- En AP se implanta la estrategia de autocuidados en procesos crónicos de vascular y asma en 25 ZBS.
- En AP se extiende a 11 ZBS el programa de gestión clínica de la Incapacidad Temporal.
- En AP comienza en 5 ZBS el pilotaje de la estrategia de atención al paciente crónico y pluripatológico.
- Se pilota en 1 ZBS y posteriormente se extiende a 3 ZBS, el programa de cribado poblacional de cáncer colorrectal.

- En Salud Mental (SM), evaluación de la calidad percibida por los usuarios en la red y en cada uno de los centros de SM de Navarra.
- En SM, evaluación de la calidad percibida por las personas usuarias internas, por esta acción se recibió el premio a la calidad de los servicios públicos en las administraciones públicas de Navarra.
- En SM, definición de procesos asistenciales transversales, cuyos materiales están en la Web de SM del SNS-O para su aplicación en los centros de SM.
- En SM, reorganización de la atención infanto-juvenil en Pamplona, con centros de referencia para toda Navarra.
- En SM, desarrollo del nuevo plan funcional en el área de rehabilitación, con reorganización de recursos humanos y de espacios.
- En SM, desarrollo de pactos de gestión por objetivos en todos los servicios de la red.
- En SM, se continúa con el cambio de misión de las unidades residenciales del Centro San Francisco Javier, con reorganización de recursos humanos, servicios e infraestructuras.
- En SM, creación del Hospital de Día Psicogeriátrico, para la atención a población mayor de 65 años con trastornos mentales graves y alteraciones cognitivas.

4.3. Sostenibilidad del sistema sanitario

En el documento titulado “Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria de Navarra” se recoge que la estrategia que por excelencia debe acometer la sociedad navarra es la de garantizar la sostenibilidad de su sistema sanitario. Aunque la misma puede depender de distintos factores, desde el modelo asistencial, la intervención comunitaria en la prevención y en la promoción de la salud, en el ámbito de la gestión sanitaria es a través de la mejora en la eficiencia y de la disminución del gasto sanitario, sin afectar al resultado final de la salud de la población como incidimos directamente en esta estrategia.

En este sentido, a lo largo de 2013, en el SNS-O se adaptaron una serie de medidas orientadas a la reducción de costes directos, al desarrollo de economías de escala, a la minimización de la duplicación de actividades y a la optimización de la gestión de los recursos y de los procesos.

4.3.1. Medidas de mejora de la eficiencia

- *Unificación de las cocinas hospitalarias, implantación de la cocina en frío y externalización del servicio de alimentación de pacientes.*

Se procede a la centralización de las cocinas existentes en cada uno de los tres centros hospitalarios del Área de Pamplona unificados en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN). Su puesta en funcionamiento en el mes de enero de 2013 y tras la auditoría pertinente se constata un ahorro anual de costes del 31%.

- *Nuevo “Almacén de aprovisionamiento” en el Complejo Hospitalario de Navarra.*

La puesta en marcha del nuevo almacén de funcionamiento automatizado ha supuesto dos beneficios globales, el aumento de la productividad del personal y la

minimización de errores en el aprovisionamiento de las distintas unidades asistenciales.

- *Implantación del Plan de ahorro y eficiencia energética de los centros sanitarios del SNS-O.*

El Gobierno de Navarra aprobó en enero de 2013 este Plan lo que supuso la adaptación a lo largo de dicho año de 11 medidas orientadas a la mejora de la gestión de los recursos disponibles lo que supondrá un ahorro de un 5% de la energía consumida en el ámbito del SNS-O.

- *Implantación del Laboratorio Unificado de Navarra (LUNA).*

La unificación de los seis laboratorios de diagnóstico biomédico existentes en las tres Áreas de Salud en un único laboratorio denominado LUNA persigue una mejor utilización de los recursos disponibles, establecer un único catálogo de prestaciones, facilitar la renovación tecnológica, entre otros objetivos, y su implantación a lo largo del año 2013 persigue un ahorro económico de un 50% del gasto anterior a la unificación.

- *Unificación de servicios clínicos y unidades asistenciales de enfermería.*

A lo largo del año 2013 se ha proseguido con la unificación de servicios clínicos duplicados en el ámbito del CHN, intentando minimizar la duplicación de actividades, optimizar la gestión de recursos y procesos, reordenar la atención especializada y la oferta de servicios de nivel terciario en el ámbito del SNS-O.

Al mismo tiempo se ha implantado una nueva estructura en el área de enfermería para adaptarla a las necesidades asistenciales y a la unificación de los servicios clínicos.

También se procede a la centralización de las urgencias pediátricas extrahospitalarias del Área de Pamplona.

- *Priorización de inversiones en tecnologías de la información y comunicación (TIC's).*

En 2013 se potenciaron iniciativas de inversión en TIC's priorizando aquellas que suponían una mayor mejora del sistema optimizando la evolución y el desarrollo de la Historia Clínica Electrónica de Atención Especializada, la Historia Clínica de Atención Primaria (ATENEA), la Receta Electrónica (LAMIA) y la Historia de Enfermería en Atención Especializada (IRATI) e Imagen Digital.

- *Mejoras de las infraestructuras asistenciales.*

En este apartado destacamos:

Puesta en marcha de la nueva área quirúrgica en la Clínica Ubarmin dentro del CHN, con 8 nuevos quirófanos, una nueva Unidad de Cuidados Intensivos y una sala de despertar.

Entrada en funcionamiento del nuevo Centro de Salud de San Adrián y nuevos consultorios médicos.

Adquisición de un TAC-SCANNER multicorte en el Hospital García Orcoyen de Estella.

Se aprueban e inician los trámites para la construcción de dos nuevos edificios en el Centro San Francisco Javier para albergar Unidades Psiquiátricas de media y larga estancia y nuevos programas ambulatorios.

4.3.2. Reducción del Gasto Sanitario

Durante el año 2013 desde el SNS-O, con el objetivo de adaptarse a la situación de la economía navarra y ajustar en lo posible el gasto a la dotación presupuestaria que tenía asignada, se abordaron distintas medidas orientadas a la reducción del gasto sanitario, lo que supuso que al final del ejercicio económico de dicho año el gasto real del SNS-O fuese de 867,3 millones de euros, lo que significa una disminución de un 0,88% (7,69 millones de euros) con respecto al gasto del año 2012.

Por capítulos económicos la reducción del gasto más importante se ha producido en las Inversiones Reales, dado que durante el 2013 se finalizarán grandes obras (Pabellón C, Nuevas Urgencias, quirófanos en el CHN) iniciados en años anteriores.

Así mismo se produjo un importante descenso del gasto en transferencias corrientes y más concretamente en "Prestaciones farmacéuticas" como consecuencia de la introducción del copago y a las líneas de trabajo que desde la Dirección de Atención Primaria y el Servicio de Farmacia se implantaran para mejorar el uso racional del medicamento.

5. La investigación sanitaria

5.1. Actuaciones del Departamento de Salud

- Se ha elaborado el Programa de Promoción de la Investigación en el seno del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea que fue presentado públicamente a las personas profesionales del Sistema Sanitario Público el día 20 de diciembre de 2013 y que prevé una inversión de 2.135.562 euros.
- A finales del 2013 se ha puesto en marcha el nuevo Centro de Investigación Biomédica "Navarrabiomed" en el que se ha ubicado la sede de la Fundación Miguel Servet.
- Se ha alcanzado un acuerdo entre el Departamento de Salud y la Universidad de Navarra para iniciar el proceso de acreditación del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra.
- Además de la tradicional convocatoria de Becas de Investigación, se han puesto en marcha dos nuevas iniciativas para promover la investigación en el ámbito de la Atención Primaria: Concurso de Ideas de Investigación Sanitaria y convocatoria de dos Becas Comisionadas de Investigación (Insuficiencia Cardíaca y Demencias).

5.2. Actuaciones de Navarrabiomed-Fundación Miguel Servet

En junio de 2013 la Fundación Miguel Servet firmó un Convenio con la Dirección General de Salud para estimular, impulsar, promover, facilitar y gestionar la investigación sanitaria del sector público, con actividades de gestión de plataformas e infraestructuras, gestión y realización de proyectos de investigación y ensayos clínicos, comunicación y apoyo a la formación entre otros.

En él se explicitaba la participación de la Fundación Miguel Servet en el Programa de Promoción de la Investigación del Departamento de Salud con el objetivo fundamental de poner en marcha un conjunto de acciones para incrementar tanto el número de investigadores como la producción científica en el seno del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

5.2.1. La Fundación ha intervenido en estas actuaciones en el ejercicio 2013

- En el área de atención especializada, se ha convocado la segunda edición del Programa de post-formación sanitaria especializada para contratación de investigadores e investigadoras, y de las ayudas a la movilidad para importación de técnicas, tecnologías y procedimientos innovadores.
- Participación en el diseño y puesta en marcha en España del Programa internacional de becas de la Asociación Americana de Trasplante de Médula Ósea y del Grupo Español de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular.
- Promoción del ensayo clínico CMRegistry, multicéntrico en toda España, referente al Registro de pacientes con leucemia mieloide crónica con alta probabilidad de alcanzar respuesta molecular completa.

5.2.2. Hitos en la apuesta por la internacionalización del centro

- Destaca la participación en el proyecto FIBROTARGETS, Proyecto de investigación colaborativo europeo del 7º Programa Marco de la Unión Europea.
- En el marco del proyecto Refbio (Proyecto de Red de Investigación Biomédica en el Espacio Transfronterizo), hemos participado en 8 proyectos de investigación cooperativos.

5.2.3. Incremento de la participación y tasa de éxito

- En el ámbito nacional, la participación de personal sanitario en proyectos de investigación ha crecido en la convocatoria de 2013 en un 20% con respecto al año anterior; con estos resultados: se han presentado un total de 42 propuestas nacionales, 30 proyectos de investigación, 10 solicitudes de contratación de personal y 5 estancias en el extranjero.
- La tasa de éxito ha crecido en 6 puntos porcentuales con respecto al año anterior (de 31.7% a 37.9%).

- En 2013, se han concedido 4 proyectos de investigación en la convocatoria nacional de proyectos en el ámbito del ISCIII –MINECO en la AES 2013 (Acción Estratégica de Salud).
- Además se ha obtenido el reconocimiento y subvención del Biobanco de Navarra en la Plataforma nacional de Biobancos, y de la Unidad de Proteómica en la Plataforma nacional de Recursos Biomoleculares y Bioinformáticos, esta a través de la alianza con la estructura del CIMA.

5.2.4. Captación de talento

- En los laboratorios de Navarrabiomed se han creado y consolidado cinco grupos de investigación propios (Oncohematología, Cardiovascular, Neuroepigenética, Inmunomodulación y Epigenética del Cáncer) y dos importantes plataformas tecnológicas (Proteómica y Biobanco). En ellos trabajan personal investigador y técnico, a los que en el año 2013 se han incorporado tres nuevas personas investigadoras navarras procedentes del extranjero.

5.2.5. Ciencia al alcance de todos (actuaciones destacables en el año 2013)

- Realización de la primera edición del ciclo de seminarios científicos de Navarrabiomed - Fundación Miguel Servet, con 14 sesiones participando 35 personas en cada sesión.
- Navarrabiomed ha participado por primera vez en el 2013 en la 13ª edición de las Semanas de la Ciencia, Tecnología e Innovación de Navarra con el objetivo de divulgar estas áreas entre el público general.
- Realización de conferencias divulgativas abiertas al público en general.

6. Docencia, formación e innovación

6.1. Actuaciones del Servicio de Investigación, Formación e Innovación

- Se ha aprobado la *“Estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos”*, documento desarrollado en colaboración con la Dirección de Atención Primaria, y que tras ser sometido a exposición pública fue aprobado definitivamente por el Gobierno de Navarra en sesión del 12 de agosto de 2013.
- Se ha realizado una *Segmentación o Estratificación de toda la población* lo que ha permitido identificar y caracterizar a un total de 120.000 pacientes crónicos.
- En el marco de la Estrategia de Crónicos se han promovido los procesos para consensuar los Patrones Integrales de Atención a la *Insuficiencia Cardíaca, a las Demencias y al paciente Pluripatológico*.
- Se ha elaborado el primer borrador del nuevo Plan de Salud 2014-2020 cuyo impacto económico se estima en 53 millones de euros y en el que se priorizan 12 *Estrategias de Salud*.

- Se han iniciado los trabajos de planificación del *Sistema de Evaluación e Inteligencia Sanitaria* que tiene por fin último el desarrollo de la Central de Resultados del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.
- Se han definido dos proyectos piloto de coordinación sociosanitaria: *“Atención domiciliaria sociosanitaria”* y *“Convalecencia Rehabilitadora del Ictus y la Fractura de Cadera”*.
- La Sección de Innovación y Evaluación Sanitaria ha liderado el desarrollo en Navarra de la Estrategia en Enfermedades Raras y ha promovido la puesta en marcha del *Registro de Enfermedades Raras en el Instituto de Salud Pública y Laboral*.
- Se ha definido la *Estrategia de Gestión de Conocimiento*, se ha promovido la puesta en marcha de "Comunidades de Práctica Profesional" en distintas áreas (Salud Mental, Cardiovasculares, Urgencias, Comisión de Farmacovigilancia), y se ha generalizado la *Biblioteca Virtual del Departamento de Salud*.
- Se ha consolidado *ForoSalud* como espacio compartido de participación entre profesionales, personas usuarias y asociaciones para la formulación de propuestas de mejora en los proyectos del Sistema Sanitario.
- Se ha iniciado la elaboración de un *Plan Plurianual de Formación* que priorice el desarrollo de las nuevas competencias profesionales necesarias para el desarrollo de los objetivos estratégicos. Se han finalizado los trabajos de definición de competencias y necesidades formativas vinculadas al Plan Estratégico del Nuevo Modelo Asistencial del Departamento de Salud y se estaba a la espera de la culminación del nuevo Plan de Salud para incorporar sus objetivos formativos al Plan Plurianual.
- Se ha desarrollado el *Plan Docente* con 81 acciones docentes y 1.879 participantes.
- En colaboración con la Dirección de Atención al Paciente del SNS-O se han sentado las bases de un *Proyecto de Centro de Simulación y Experiencias Innovadoras* orientado al paciente para el que se ha solicitado financiación de Fondos Feder, y se ha definido el proyecto de Formación en Red mediante herramientas de webcast.

6.2. Actuaciones del Servicio de Sistemas de la Información Sanitaria

- Se ha extendido la Historia de Salud Electrónica de Enfermería de Atención Especializada IRATI a todos los ámbitos de Atención Especializada.
- Se han incorporado las funcionalidades de petición electrónica, parcialmente, y de prescripción, en todos los hospitales, en la Historia de Salud Electrónica de Atención Especializada.
- Se ha desplegado la imagen digital en todos los centros del SNS-O y en el Complejo Hospitalario queda pendiente el ámbito de la imagen digital que no se ejecuta en el servicio de radiodiagnóstico.
- Se ha desplegado el módulo de farmacia hospitalaria FARHO en todos los hospitales del Complejo Hospitalario de Navarra.

- Se han desarrollado e integrado en la Historia de Salud Electrónica de Atención Primaria, Atenea, herramientas de ayuda al uso racional de medicamentos: guías farmacoterapéutica, interacciones medicamentosas, contraindicaciones.
- Existe el proyecto de crear, evolucionar y extender una Base de Datos única de citación. Se ha iniciado una migración del HIS administrativo a un nuevo producto, denominado "LEIRE", en tecnología punto net.
- Desarrollo de la aplicación COLONIS, sistema de información para la gestión del programa poblacional de prevención de cáncer colo-rectal.

7. Banco de sangre y de tejidos de Navarra

- *Promoción de la donación*: diversas actuaciones y actividades con colegios, asociaciones y empresas.
- *Extracciones de sangre*: el descenso de las donaciones en el año 2013 se ha debido a la menor necesidad de los Centros Hospitalarios durante todo el año. Por otro lado, se han enviado a otras CCAA componentes sanguíneos y durante el año 2013 se ha mantenido en Navarra la autosuficiencia en todos los componentes sanguíneos.
- La *espera para ser atendido* en 2013 ha sido de 16,4 minutos para todos los puntos de extracción y de 3,5 minutos en Pamplona, 3,1 en Tudela y 27,9 en la Unidad Móvil. Pamplona y Tudela por debajo del tiempo deseado y en la zona de satisfacción.
- El 97,4% de las donantes y los donantes esperan recibir una atención buena o muy buena al acudir a donar y el 99,2% han encontrado el servicio mejor de lo esperado o, lo esperado.
- La *atención* es mejor en los aspectos que las personas donantes consideran más importantes en la donación, trato recibido y profesionalidad.
- *Laboratorio*: se han testado 26.419 donaciones para serología (virus de hepatitis B y C, VIH) y NAT (VHB, VHC y VIH), grupo sanguíneo, anticuerpos irregulares y hematimetría. Se han realizado 3.180 nuevos fenotipos Rh-Kell y 1.906 nuevos fenotipos eritrocitarios extendidos. Se han realizado 164 determinaciones para la enfermedad de Chagas y el retrovirus HTLV I/II y 175 para Paludismo (Malaria).
- *Registro de Donantes de Médula Ósea (REDMO)*: el 31 de diciembre de 2013, había en Navarra, 9.441 donantes de médula ósea activos registrados en REDMO (estudiados y candidatos a ser donante). Durante todo el año 2013 se han incorporado a la base de datos de REDMO 1.491 nuevas personas donantes navarras, de los cuales el 57% son mujeres y el grupo más numeroso de estas nuevas incorporaciones se encuentra en un rango de edad de 30 a 40 años.
- *Tejidos*: 17 donantes efectivos (15 en asistolia y 2 muertes cerebrales), y hemos obtenido: 32 córneas (21 implantadas, 8 investigación, 1 caducada y 2 desechadas por tejido corneal que no cumplía los estándares de calidad). En diciembre de 2013 hemos iniciado la actividad de extracción y almacenamiento de tejido osteotendinoso con la extracción de 16 piezas de dos de los 17 donantes antes señalados.

- *Sistema de Gestión de Calidad*: se han realizado las auditorías internas de las distintas áreas, la renovación de la certificación ISO9001:2008 por parte de AENOR (30-05-2013) y del proveedor de productos farmacéuticos-Grifols (14-02-2013).

8. Trasplantes y donación de órganos

Puesta en marcha en el año 2013 de tres proyectos cuyo objetivo es incrementar el número de donaciones:

- Extender el modelo de detección que tenemos en el Complejo Hospitalario de Navarra de Pamplona a los hospitales de Estella y de Tudela con el objetivo de aumentar las donaciones de pacientes con muerte encefálica.
- Puesta en marcha del protocolo de donación en asistolia, es decir de personas a la que se le diagnostica la muerte tras la confirmación del cese irreversible de las funciones cardiorrespiratorias.
- Potenciar la donación de vivo actuando sobre todos los ámbitos que intervienen: asociaciones de pacientes y profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales.
- A continuación relacionamos los datos más relevantes del año 2013 en Navarra en este ámbito:
 - Número de donantes potenciales: 19, supone un 12% más que el pasado año.
 - Número de donantes reales: 16, un 33% más que el pasado año. En el Estado el número de donantes fue 1.655.
 - Tasa de donantes por millón de habitantes: 25, supone un 33% más que el pasado año. En el Estado esta tasa es de 35.
 - Número de trasplantes en 2013 y su variación en relación con el pasado año: 26 renal (+33%), 23 hepático (-19%) y 8 cardíaco (+60%).
 - Porcentaje de negativas familiares: 6%, cuando en el Estado es de 15-16%

Índice de Figuras

Figura 2.1. Organigrama del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea	6
Figura 2.2. Estructura asistencial en la Comunidad Foral de Navarra	7

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AES: Acción Estratégica de Salud

AP: Atención Primaria

ASORNA: Asociación de Personas Sordas de Navarra

B

BON: Boletín Oficial de Navarra

C

CCAA: Comunidades Autónomas

CHN: Complejo Hospitalario de Navarra

CIMA: Centro de Investigación Médica Aplicada. Universidad de Navarra

H

HGO: Hospital García Orcoyen

HRS: Hospital Reina Sofía

I

INE: Instituto Nacional de Estadística

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social

ISCIH: Instituto de Salud Carlos III

M

MINECO: Ministerio de Economía y Competitividad

N

NAT: Nucleic Acid Technology

P

PIB: Producto Interior Bruto

S

SM: Salud Mental

SNS-O: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

T

TIS : Tarjeta Individual Sanitaria

V

VHB: Virus de Hepatitis B

VHC: Virus de Hepatitis C

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

Z

ZBS: Zonas Básicas de Salud

Bibliografía

Decreto Foral 62/2012, de 18 de Julio, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Disponible en:

<http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=26597>

[consultado 27/10/2014]

Decreto Foral 43/2013, de 24 de Julio, por el que se modifica el Decreto Foral, de 18 de Julio, por el que se aprueban los Estatutos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Disponible en:

http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2013/149/

[consultado 27/10/2014]

“Estrategia para el desarrollo del Modelo de Atención Sanitaria de Navarra”. Disponible en:

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Nuevo+modelo+asistencial/default.htm

[consultado 27/10/2014]

“Estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos”. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/

[consultado 27/10/2014]

“Plan de Salud 2014-2020”. Disponible en:

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Plan+Salud+Navarra/Plan+de+Salud+de+Navarra+2014-2020.htm

[consultado 27/10/2014]

ForoSalud. Disponible en:

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Participacion/Foro+Salud/

[consultado 27/10/2014]

Ley Foral 8/2013, de 25 de febrero, por la que se reconoce a las personas residentes en Navarra el derecho de acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario de Navarra. Disponible en:

<http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=27544>

[consultado 27/10/2014]

Resolución 619/2014, de 5 de junio, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se aprueban las “Instrucciones de programación y funcionamiento de las consultas de Atención Especializada y Salud Mental en los centros dependientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea”. Disponible en:

<http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=34008>

[consultado 27/10/2014]

Informe anual
del Sistema Nacional
de Salud 2013
País Vasco



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	2
Resumen	3
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	4
1. Desde la óptica del aseguramiento y contratación sanitaria.....	4
1.1. Contrato-Programa.....	4
1.2. Estratificación	4
1.3. Equidad.....	5
1.4. Atención Integrada	5
2. Desde la óptica de la investigación y la innovación	5
3. Desde la óptica de la planificación, ordenación y evaluación sanitaria.....	7
Abreviaturas, acrónimos y siglas	10

Demografía y entorno económico

	País Vasco	España	Fuente
Población	2.170.900	46.593.236	INE - Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	48,6	49,2	INE - Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	51,4	50,8	INE - Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	14,0	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	65,3	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	20,6	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	8,8	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	5,4	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

El informe hace un repaso a las estrategias y medidas llevadas a cabo por la comunidad autónoma del País Vasco en el año 2013 para la mejora de la calidad, la efectividad y la eficiencia y en términos globales la sostenibilidad del sistema sanitario desde tres puntos de vista diferentes: óptica del aseguramiento y la contratación, óptica de la investigación y la innovación y óptica de la planificación, ordenación y evaluación sanitaria.

1. Desde la óptica del aseguramiento y contratación sanitaria

Desde la óptica del aseguramiento y contratación sanitaria la contribución a la sostenibilidad del sistema sanitario, en el País Vasco en 2013, se ha materializado en diversas actuaciones, tales como:

1.1. Contrato-Programa

Desde la Dirección de Aseguramiento se ha transformado completamente el contrato-programa que sirve de elemento de regulación entre el Departamento de Salud y Osakidetza.

El Contrato Programa (CP) actual se constituye como una herramienta que orienta al cambio del Sistema sanitario para adaptarse a las necesidades de salud derivadas de los cambios demográficos y epidemiológicos que viene experimentando la CAE.

En este sentido el CP incluye dos ejes de contratación:

- Como se diseñan los servicios y como se reorientan los recursos
- Qué resultados obtiene la Organización de Servicios

En ambas líneas de contratación se sitúan 9 dimensiones de contratación en relación a:

1. Recursos.
2. Servicios contratados.
3. Atención Integrada.
4. Seguridad de pacientes.
5. Efectividad.
6. Equidad.
7. Centralidad en el paciente.
8. Accesibilidad.
9. Eficiencia

Y dentro de cada dimensión se consideran indicadores de enfoque (elementos de planificación definidos por la organización para trabajar el indicador), despliegue (profundidad en los cambios), y resultados obtenidos en el indicador.

1.2. Estratificación

Se ha procedido a la segunda estratificación de la población con segmentación de la misma en 4 estratos en función de la presencia o no de enfermedades crónicas y dentro de las personas con enfermedades crónicas se han diferenciado 3 niveles de complejidad en relación con la probabilidad de consumo de recursos. De esta forma se han identificado los pacientes con mayor probabilidad de consumo de recursos y niveles elevados de complejidad

asistencial para los que se plantea un control estrecho (control de casos) para prevenir y/o mitigar las complicaciones de sus problemas de salud.

Se ha desarrollado además una estratificación “clínica” para los diabéticos con mal control metabólico con la intención de poner el acento en las personas mal controladas y por tanto con mayor riesgo de complicaciones.

1.3. Equidad

Se ha gestionado un programa de ayudas económicas para las personas con menos recursos con la intención de mejorar la adherencia a los tratamientos médicos.

1.4. Atención Integrada

Desde el contrato-programa se apoya el cambio en el modelo asistencial y de forma específica en Atención Integrada habiéndose desarrollado durante 2013 las Organizaciones Asistenciales Integradas de Bilbao-Basurto, Barrualde y Barakaldo-Sestao.

Por otra parte se ha avanzado en la integración funcional de los recursos oncológicos en Guipúzcoa favoreciendo la colaboración entre las instituciones que ofrecen servicios oncológicos en este territorio.

2. Desde la óptica de la investigación y la innovación

Desde la óptica de la investigación y la innovación, y de las entidades que ejecutan, gestionan o apoyan estas actividades, la contribución a la calidad y sostenibilidad del sistema sanitario, en el País Vasco en 2013, se ha materializado en diversas actuaciones, tales como:

- El proceso de reorganización e integración de estructuras asistenciales tiene su reflejo en la consolidación de los Institutos de Investigación Sanitaria, que también incluyen la investigación en atención primaria. Los Institutos desarrollan una investigación traslacional, que pretenden acelerar el avance de resultados de investigación hacia la práctica clínica, y refuerzan la alineación de las actividades de investigación con las necesidades del sistema sanitario, contribuyendo a su calidad y efectividad.
- El sistema sanitario trabaja en 46 proyectos europeos, de los cuales 35 son proyectos de investigación biomédica con objetivos a medio y largo plazo, orientados a la mejora de diagnóstico y tratamiento y, en general al desarrollo de herramientas para mejorar la salud.
- En relación con la efectividad y la calidad, así como con la sostenibilidad, durante 2013 el Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Osteba) elaboró diversos informes para la toma de decisiones sobre incorporación de innovaciones, entre ellos 6 relacionados con la cartera de prestaciones del SNS, y desarrolló un procedimiento para la validación de herramientas de ayuda para la toma de decisiones dirigidas a pacientes.

- Igualmente, Osteba participa en el Comité para la actualización de las Guías de Práctica Clínica que, implementado en 2014 a través de Instrucción de Osakidetza, se diseñó durante 2013.
- En 2013 se produjo el lanzamiento del Plan de Acción en Innovación, que incluye tanto la innovación tecnológica o experimental como la organizacional.
- La innovación tecnológica aprovecha el potencial del sistema sanitario para desarrollar productos, procesos o servicios que incide en la competitividad del sistema, en su eficiencia o sostenibilidad en general. Para ello se cuenta con BIOEF, concretamente, con la Oficina de Transferencia de Resultados de Investigación. En 2013 el sistema contaba con 4 familias de patentes europeas y 6 estatales, y 7 desarrollos software con acuerdo de explotación.
- Por su parte, la innovación organizativa persigue transformar el sistema y la gestión de diversos procesos para conseguir mejoras de calidad y sostenibilidad. En este ámbito durante 2013 se desarrollaron diversas actuaciones, varias de ellas en el marco europeo (11 proyectos) para validar modelos, estrategias e intervenciones orientadas al mejor funcionamiento (eficiencia, efectividad, calidad) del sistema:
 - Modelos integrados entre el ámbito social y sanitario (con apoyo de BIOEF).
 - Acompañamiento, evaluación y resultados del proceso de reorganización de las organizaciones sanitarias según el modelo de Organizaciones Sanitarias Integradas, OSI, (con apoyo de BIOEF).
 - Activación de Estrategias de Estratificación y resultados de Intervenciones en pacientes frágiles de los Sistemas Sanitarios (con Kronikgune, KG).
 - Grupo en Red para el Envejecimiento positivo y su despliegue.
 - Integración multinivel para pacientes con necesidades complejas (KG).
 - Despliegue a gran escala de los servicios de atención integral (KG).
 - Intercambio de conocimiento y desarrollo de modelos innovadores frente a la multimorbilidad (BIOEF).
- En relación específicamente con la telemedicina, TICs, y la atención no presencial (salvo indicación contraria, con apoyo de KG):
 - Modelos de atención no presenciales más coste-efectivos: Osakidetza no presencial, es decir, Osarean, cuyo plan director finalizará en 2014 (con BIOEF).
 - Soluciones universales para el despliegue de la telemedicina para la atención sanitaria europea.
 - Gestión de desórdenes de salud mental a través de tecnología avanzada y servicios de telemedicina para la Mente.
 - Programa de despliegue de Coordinación de Cuidados y telemedicina.
 - Investigación sobre el alineamiento social y tecnológico del Internet del Futuro.
- Otras actuaciones están más relacionadas con la prevención de enfermedad y la promoción de salud:
 - Estrategias de Prevención para adolescentes en Riesgo de debutar Diabetes- Estudio piloto en 5 países Europeos (KG).

- Desarrollo de Osasun Eskola (Escuela de Pacientes) y de redes de pacientes crónicos (Kronikoen Sarea).
- Promoción de la creatividad e innovación de los profesionales sanitarios (Hobe+).
- Impulso a la coordinación sociosanitaria, trabajando en: la cartera de servicios sociosanitarios; los sistemas de información y comunicación sociosanitaria entre los diferentes niveles; los acuerdos entre los sectores a nivel territorial; la atención sociosanitaria a colectivos concretos; y, por último, el impulso a la investigación y la innovación, la formación, y la transferencia de conocimiento en este ámbito.
- Impulso para la introducción de la medicina personalizada, mediante la participación en redes, proyectos europeos e intercambio de experiencias.

3. Desde la óptica de la planificación, ordenación y evaluación sanitaria

Desde la óptica de la planificación, ordenación y evaluación sanitaria la contribución a la sostenibilidad del sistema sanitario, en el País Vasco en 2013, se ha materializado en diversas actuaciones:

- Plan de Seguridad del Paciente. Fase de elaboración de normativa sanitaria y de manual de evaluación de la Seguridad del Paciente.
- Decreto sobre requisitos y procedimiento para la concesión de licencias de funcionamiento a fabricantes de productos sanitarios a medida. Decreto 414/2013 – Publicado en el BOPV N° 182 de 24 de septiembre de 2013.
<https://www.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2013/09/1304035a.pdf>
- Programa Formación Gestión Sanitaria. Elaboración programa “Master de Gestión Sanitaria”.
- Orden por la que se regulan los requisitos técnicos aplicables a los Centros y Servicios Sanitarios en los que se realicen actividades quirúrgicas y/o procedimientos diagnósticos invasivos sin internamiento. Publicada en el BOPV N° 223 de 22 de noviembre de 2013.
<http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2013/11/1305081a.shtml>
- Decreto de creación y funcionamiento del Registro de Enfermedades Raras (RER). Decreto 473/2013.
<http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2014/01/1400196a.shtml>
- Registro estatal de Profesionales Sanitarios, 16/2003, gestión, custodia y desarrollo. Está operativo desde el 21 enero 2013 en la CAPV.
- Gestión solicitudes de CSUR, o Centros de referencia del Sistema Nacional de Salud.

En la actualidad tenemos designados los siguientes centros:

Hospital Universitario Cruces:

- Reconstrucción de la superficie ocular compleja. Queratoprótesis.
- Trasplante renal infantil.
- Cirugía de los trastornos del movimiento.

OSI Bilbao-Basurto:

- Esclerosis Múltiple.
- Ampliación de la atención pediátrica infantil de 14 a 16 años de edad de ingreso en hospitalario en camas pediátricas.
- Formación Especializada en la CAE (MIR, FIR, PIR, EIR).
 - Inclusión de 10 plazas de Enfermería Comunitaria.
 - Realización de la 5ª Encuesta anual de Residentes.
 - Acreditación de Unidades Docentes Multidisciplinarias de Atención Familiar y Comunitaria y Reacreditación 2013.
 - Segunda Convocatoria de acreditación de tutores y tutoras de formación sanitaria especializada.
- Formación Continuada.
 - Acreditadas 1602 actividades de Formación Continuada para profesionales sanitarios
 - Orden de 22 de agosto de 2013 del Consejero de Salud por la que se convocan ayudas a Asociaciones sin ánimo de lucro que desarrollen su labor en el ámbito de la salud, entidades científicas de especialidades sanitarias sin ánimo de lucro y Colegios oficiales de profesionales de la salud, para su funcionamiento y organización de actividades de formación continua del personal. Publicada en el BOPV N° 172 de 10 de septiembre de 2013.
<http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2013/09/1303876a.shtm>
 - Orden de 11 de septiembre de 2013, del Consejero de Salud, por la que se convocan Becas y Ayudas para la formación de profesionales del ámbito sanitario. Publicada en el BOPV N° 175 de 13 de septiembre de 2013.
<http://www.lehendakaritza.ejgv.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2013/09/1303921a.shtm>
- 25 Aniversario Registro del Cáncer.
- Realización de la Encuesta de Salud de la CAPV (ESCAV 2013)
- Publicación de los resultados principales de la Encuesta de Salud de la CAPV de 2013 en la página web de Osakidetza-Departamento de Salud.
http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckosag01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_publicaciones/es_escav13/index.html
- Equidad en Salud:

- Promoción uso EIS y SeTP (EkoEuskadi 2020).
- Desarrollo de la Auditoría de Equidad en Salud de los servicios de Osakidetza.
- Realización del perfil de equidad correspondiente al proyecto “Auditoría de Equidad en Salud de la atención de la Diabetes tipo 2 en Álava”.
- Elaboración del protocolo para el “Análisis del perfil de equidad del Programa de Cribado de Cáncer Colo-Rectal”.
- Desarrollo del sistema de monitorización de las desigualdades sociales en salud.
- Publicación del Atlas de mortalidad en áreas pequeñas Interactivo de Euskadi (AMIE) en la página web de Osakidetza-Departamento de Salud
- Reactivación del Consejo Asesor de EERR. Creación 4 Grupos de Trabajo:
 - Definiciones.
 - Estudio sobre los sistemas de información.
 - Estudio de dispositivo asistencial.
 - Acción sociosanitaria.

Abreviaturas, acrónimos y siglas

B

BIOEF: Fundación Vasca de Innovación e Investigación.

BOPV: Boletín Oficial del País Vasco.

C

CAE: Comunidad Autónoma de Euskadi

CAPV: Comunidad Autónoma País Vasco

CP: Contrato Programa

CSUR: Centros de referencia del Sistema Nacional de Salud.

E

EERR: Enfermedades Raras.

EIR: Enfermero interno residente.

EIS: Evaluación del Impacto en la Salud.

F

FIR: Farmacéutico interno residente.

H

HOBE+: plataforma de innovación de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

K

KRONIKGUNE / KG /: Asociación Centro de Excelencia Internacional en Investigación sobre Cronicidad-Kronikgune.

M

MIR: Médico interno residente

O

OSTEBA: Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

P

PIR: Psicólogo interno residente.

R

RER: Registro de Enfermedades Raras.

S

SeTP: Salud en Todas las Políticas.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

T

TICs: Tecnologías en Innovación y Comunicación.

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013 La Rioja



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	2
Resumen	3
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	4
1. Sistema Sanitario: marco de actuación 2013	4
1.1. Recursos humanos	4
1.2. Atención Primaria	4
1.3. Atención Especializada	4
1.4. Actividad Atención Primaria y Asistencia Hospitalaria	4
1.5. Gasto público en salud	5
2. Actuaciones relevantes acontecidas durante 2013	5
2.1. Mejora de las Infraestructuras	5
2.2. Gestión de recursos humanos	5
2.3. Ámbito de la Atención Primaria	6
2.4. Ámbito de Atención Especializada	6
2.5. Ámbito de la Urgencia y Emergencia (061)	7
2.6. Otras actuaciones	7
2.7. Ámbito de la Salud Pública	8
2.8. Gestión económico-administrativa	9
Abreviaturas, acrónimos y siglas	11

Demografía y entorno económico

	La Rioja	España	Fuente
Población	316.825	46.593.236	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	49,7	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	50,3	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	14,9	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	65,7	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	19,3	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	9,2	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	5,3	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

El informe proporciona breves pinceladas de una realidad que se concreta en la expresión de “hacer más con menos”.

El Sistema Público de Salud de La Rioja ha tenido que adaptarse a la situación general de crisis financiera. En este proceso se han adoptado diferentes decisiones que conllevan a la coexistencia de procesos de mejora de la atención sanitaria e incremento de actividad con situaciones de tener que hacer frente a una mayor demanda y a una reducción en la disponibilidad de efectivos, así como a la exigencia a éstos de un mayor esfuerzo.

Cabe destacar el incremento de actividad tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada posibilitado, en buena medida, por la prolongación efectiva de la jornada a los profesionales de la salud. La incorporación de técnicas diagnósticas y terapéuticas en Atención Especializada. El desarrollo y consolidación de la historia clínica digital y aumento de sus prestaciones. Y la ampliación de los dispositivos y disponibilidad de camas de atención a la convalecencia. Todo ello, junto con el esfuerzo realizado en el ámbito de la prestación farmacéutica favorece la sostenibilidad del sistema sanitario de La Rioja.

1. Sistema Sanitario: marco de actuación 2013

1.1. Recursos humanos

Las personas que desarrollan su trabajo en el Servicio Riojano de Salud se reparten proporcionalmente como sigue: en Atención Primaria 21,7% de las personas; en la Atención Especializada el 72,4%; en las Urgencias y emergencias 061 el 1,9%; y, el 3,1% en el ámbito de la Salud Mental. Más de la mitad de todos/as los/as trabajadores/as superan los 50 años; y, la feminización de las diferentes categorías es evidente al suponer que en Atención Primaria las mujeres suponen el 74,3% de la plantilla; y, en Atención Especializada el 82,1%. No obstante, en la profesión de médico, hay un discreto predominio de hombres.

1.2. Atención Primaria

Por lo que a Atención Primaria se refiere, el ratio de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) asignada, como promedio, a cada tipo de profesional en relación con el promedio del SNS es como sigue: los ratios de TSI por médicos de AP (1.252), de DUE de AP (1.463) y de Pediatra con ejercicio en AP (984) están por debajo de los ratios del SNS. El ratio de TSI por auxiliar administrativo en AP de La Rioja (4.700) es superior que el que existe como promedio en el SNS.

1.3. Atención Especializada

Por lo que se refiere a la Atención Especializada, el ratio de médico especialista por 1.000 habitantes es de 1,81; de 3,08 de enfermería; 0,39 de matronas (referido a 1.000 mujeres en edad fértil); de personal no sanitario de 2,83 y de MIR de 0,46; en todos los casos, el ratio está por debajo de la media nacional, no obstante las cifras de La Rioja respecto de las de España son muy similares, a excepción del ratio de MIR. La categoría de Auxiliares de Enfermería, con un ratio de 2,42, es la única que La Rioja tiene ligeramente por encima de la media nacional.

1.4. Actividad Atención Primaria y Asistencia Hospitalaria

La actividad en Atención Primaria ha aumentado en los últimos años manteniéndose su frecuentación en algo más de un punto por encima de la media nacional.

Por su parte en Asistencia Hospitalaria se ha aumentado la actividad en ingresos, urgencias, consultas externas, intervenciones quirúrgicas y CMA logrando, no obstante, cifras inferiores (mejores) en estancia media, índice de rotación que la media del SNS y peores en el índice de ocupación (más bajo) y en la mortalidad intrahospitalaria (más alta). Destacar que La Rioja ocupa el primer lugar en actividad quirúrgica CMA y en tasas de ambulatorización.

En 2013 se dispuso de 177 camas de convalecencia, lo que supone un 28,9% de las camas instaladas para la atención de agudos.

1.5. Gasto público en salud

El gasto en Salud durante el ejercicio 2013 ha supuesto un 32,15% del presupuesto de la CA. El Presupuesto para el 2013 registraba un descenso del 2,95% respecto del año 2012, en cumplimiento de los planes de sostenibilidad. El reparto del gasto en Salud es un 78,9% para AE y un 21,1% para AP.

El gasto per cápita de La Rioja es superior a la media nacional.

2. Actuaciones relevantes acontecidas durante 2013

En este marco, las actuaciones más relevantes acontecidas durante el ejercicio 2013 han sido:

2.1. Mejora de las Infraestructuras

Respecto de la mejora de las infraestructuras, en 2013 se realizó la apertura de un nuevo Centro de Salud para la Zona Básica de Salud núm. 20, Logroño-La Guindalera, con una inversión próxima a los 5 millones de euros.

2.2. Gestión de recursos humanos

Respecto a la gestión de los recursos humanos destaca la aprobación del IV Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Riojano de Salud; a tenor de lo previsto en el IV Plan se realizó una reasignación de efectivos en las Zonas Básicas de Salud de Logroño y en la Zona Básica de Salud núm. 07, Alberte. Se ha realizado una reasignación de efectivos de varias Zonas Básicas de Salud de Logroño por la Resolución de 2 de agosto de 2013, de la Presidencia del Servicio Riojano de Salud, por la que se aprueba el IV Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Riojano de Salud (BOR 07/08/13).

Así mismo, interesa destacar, en el ámbito de la gestión de los recursos humanos, que a fin de hacer frente a la situación de incremento de las actuaciones (y prestaciones, según el caso) y paliar los efectos de la crisis, ha sido muy importante el mantenimiento de medidas que fueron adoptadas con anterioridad para hacer sostenible el sistema público y que fueron adoptadas en los años previos, como son:

- No ha habido Oferta de Empleo Público en el ámbito del Servicio Riojano de Salud en virtud del artículo 58.2 de la Ley 6/2012 de 21 de diciembre de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de La Rioja para el año 2013 (en lo sucesivo LP 2013).
- Durante el año 2013 no se han realizado nombramientos de personal estatutario temporal, salvo en casos excepcionales en virtud del artículo 58.4 de la LP 2013.

- Se ha mantenido el incremento de jornada general del personal del sector público cuya forma de aplicación quedó establecida en la Resolución de 1 de julio de 2012 del Presidente del Servicio Riojano de Salud (BOR 02/07/12).
- Se ha mantenido la reducción de las medidas adoptadas en materia de acción social revisadas por el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 6 de agosto de 2010 (BOR 13/08/10).
- Las retribuciones del personal del Servicio Riojano de Salud no ha experimentado ningún incremento respecto a las vigentes a 31 de diciembre de 2012 en virtud del artículo 45.2 de la LP 2013.
- Se ha mantenido la suspensión de los reconocimientos de carrera y desarrollo profesional adoptada por Acuerdo de Consejo de Gobierno de 23 de diciembre de 2011 (BOR 16/01/12).
- Se ha mantenido la suspensión de días adicionales de vacaciones por antigüedad del personal estatutario del SERVICIO RIOJANO DE SALUD por Acuerdo de Consejo de Gobierno de 23 de diciembre de 2011.
- Se ha mantenido la suspensión de días adicionales de vacaciones por antigüedad del personal funcionario del SERVICIO RIOJANO DE SALUD por Acuerdo de Consejo de Gobierno de 29 de diciembre de 2011 (BOR 09/01/2012).
- Se ha mantenido la prestación económica en la situación de incapacidad temporal del personal en virtud del artículo 4 de la Ley 5/2012, de 28 de septiembre de medidas urgentes para garantizar la estabilidad presupuestaria en el ámbito del sector público de la Comunidad Autónoma de La Rioja y del apartado 5.8 de la Resolución de retribuciones del SERVICIO RIOJANO DE SALUD para el año 2013 (BOR 15/05/13).
- Se han mantenido los ajustes en materia de acción sindical derivados del Acuerdo de Consejo de Gobierno de 16 de diciembre de 2011 (BOR 09/01/012).
- Se ha regulado la edad de jubilación forzosa del personal del personal estatutario fijo que se recoge en la Resolución de 21 de diciembre de 2012, de la Presidencia del Servicio Riojano de Salud, por la que se aprueba el Tercer Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Riojano de Salud en materia de jubilación y prórroga en el servicio activo (2013-2015) (BOR 31/12/12).

2.3. **Ámbito de la Atención Primaria**

En el ámbito de la Atención Primaria: se ha procedido a integrar el ECG en la Historia Clínica Digital.

2.4. **Ámbito de Atención Especializada**

En Atención Especializada: se han incorporado nuevas técnicas como la elastografía hepática; la lobectomía pulmonar mediante toracoscopia; la cirugía radiocoagulada en endocrinología; y, en el área de trasplantes se han alcanzado la cifra de 100 donantes de órganos desde la apertura del HSP (en 2007), logrando así que La Rioja sea la comunidad autónoma con mayor tasa de donaciones.

2.5. **Ámbito de la Urgencia y Emergencia (061)**

En el ámbito de la Urgencia y emergencia (061): cabe destacar la instauración del protocolo RAYO_061 por el cual, las unidades de soporte vital avanzado, comparten la HCD con las unidades hospitalarias, mejorando así la continuidad asistencial de los pacientes urgentes graves.

2.6. **Otras actuaciones**

Actuaciones en otras dimensiones de la Salud en relación con la mejora de la calidad, la efectividad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario:

2.6.1. **Disponibilidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios**

Por lo que a disponibilidad de centros, servicios y establecimientos sanitarios funcionando en La Rioja: durante el año 2013 se han emitido en La Rioja 40 autorizaciones sanitarias de funcionamiento que suponen un incremento de actividad de un 37,93% respecto de las autorizaciones concedidas en el ejercicio 2012. Este incremento de autorizaciones sanitarias de funcionamiento da lugar a finalizar el año 2013 con un total de 842 centros, servicios y establecimientos sanitarios autorizados que suponen un incremento del 2,56% respecto de los centros autorizados y en funcionamiento en el ejercicio anterior.

2.6.2. **Prestaciones y ayudas al usuario**

Por lo que a prestaciones y ayudas al usuario se refiere: se han tramitado un -1,22% de ayudas para sufragar gastos de desplazamiento, manutención y alojamiento para los/as riojanos/as que precisan recibir asistencia en centros, servicios y establecimientos sanitarios ubicados en otras CCAA, este descenso se refiere respecto del año 2012; no obstante, el gasto por estas ayudas se ha incrementado en un 15,55%.

Los servicios que agrupan el mayor número de solicitudes de traslado han sido, por orden decreciente: Interrupción Voluntaria del Embarazo, Neurocirugía y Cirugía Pediátrica, manteniéndose en 2013 el perfil definido en 2012.

La dimensión de La Rioja obliga a tener diferentes alianzas con otros provisos de atención, los gastos correspondientes a conciertos para la asistencia sanitaria con medios ajenos al sistema público sanitario de La Rioja ha tenido en 2013 un aumento del 10,11 sobre los gastos del 2012. Este incremento es consecuencia de la apertura de un nuevo centro Virgen del Carmen de convalecencia de Calahorra con 75 camas para la Rioja Baja que completa ya toda la red de centros de Convalecencia, Rioja Alta, Media y Baja.

2.6.3. **Prestación Farmacéutica**

En cuanto a la prestación farmacéutica: cabe indicar que el total del gasto farmacéutico durante 2013, a través de la receta farmacéutica oficial (incluye, medicamentos, productos sanitarios y productos dietéticos) ha supuesto una reducción del -6,52% del gasto en relación con el año anterior. Este es un dato muy importante porque en el ejercicio 2012 ya se había logrado un descenso del -13,85%, después de haber registrado importantes

descensos los años 2011 y 2010. Los años anteriores al 2010 habían registrado incrementos superiores al 5% anual.

El volumen de recetas dispensadas durante 2013 ha tenido un descenso respecto del año anterior de un -5,78%. En este mismo sentido, el gasto por receta del 2013 ha registrado una aminoración del -0,86% en relación con el datos del 2012.

El descenso continuado del gasto de la prestación farmacéutica se ha logrado mediante la entrada en vigor de la obligación de prescribir por principio activo (2011), la instauración del copago farmacéutico para pensionistas en función del nivel de ingresos (2012), la aminoración del precio del medicamento de marca, y el incremento de las medidas de racionalización del gasto, las ayudas a la prescripción, la mejora del control de prescripción y las acciones de uso racional del medicamento.

2.6.4. Gestión de la Incapacidad Transitoria (IT)

En cuanto a la gestión de las IT: señalar que en el marco del Convenio de Colaboración para control y Gestión de la Incapacidad Temporal suscrito con el INSS para los ejercicios 2013-2016, uno de los objetivos es la disminución del coste medio anual corregido por afiliado y Mes. En La Rioja, el % de reducción del gasto por afiliado ha sido de un -3,52% en el período de enero a noviembre del 2013.

2.7. **Ámbito de la Salud Pública**

En el ámbito de la Salud Pública las actuaciones más destacables, han sido:

- Consolidación, análisis del funcionamiento y revisión crítica del registro poblacional de cardiopatía isquémica de La Rioja, puesto en marcha en el año 2012.
- Consolidación, análisis del funcionamiento y revisión crítica del registro poblacional enfermedades cerebrovasculares de La Rioja, puesto en marcha en el año 2012.
- Consolidación, análisis del funcionamiento y revisión crítica del registro poblacional de enfermedades raras de La Rioja, puesto en marcha en el año 2012.
- Diseño de la implantación de un sistema automatizado de captura de datos para el registro de enfermedades raras de La Rioja.
- Mejora del procedimiento para los tiempos de respuesta en las actuaciones de Policía Sanitaria Mortuoria.
- Consolidación, análisis del funcionamiento y revisión crítica de la vigilancia de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs) en La Rioja.
- Consolidación, análisis del funcionamiento y revisión crítica del Sistema de Información Microbiológica de La Rioja, puesto en marcha en el año 2011.
- Seguimiento y evaluación del Plan de erradicación de la Poliomielitis.
- Seguimiento y evaluación del Plan de eliminación del Sarampión.
- Mejora en la detección y respuesta de brotes y alertas epidemiológicas regionales, nacionales e internacionales.
- Seguimiento y evaluación del Plan de alerta, prevención y control de los efectos de la ola de calor sobre la salud.

- Mejora en las actividades de información, coordinación y colaboración del Plan de prevención y control del SIDA.
- Impulso y mantenimiento de una alta cobertura de vacunación en la población de La Rioja.
- La utilización de las redes sociales para la información sobre los efectos del consumo del tabaco en jóvenes y adultos.
- En el programa de comunicación de Enfermedades Profesionales por el sistema regional de salud, puesto en marcha en el año 2013 y que solo está activo para dos patologías, el resultado es que en el periodo de Octubre 2012 a Octubre 2013 hemos aumentado en un 35.7% el número absoluto de Enfermedades Profesionales detectadas. En índices de Incidencia (nº de EP por 100.0000 trabajadores), La Rioja registra un índice de incidencia de 207.04, cuando el nacional es de 112.10. Los índices de incidencia normalizados para cada comunidad autónoma en función de su número de trabajadores en las distintas actividades económicas, conforme a su estructura productiva, nos dejan en el 4º puesto. Por grupos de enfermedades, el índice normalizado de La Rioja está entre los primeros en el caso de las Enfermedades originadas por agentes químicos y agentes físicos.

2.8. Gestión económico-administrativa

En cuanto a la gestión económico-administrativa, han destacado:

- En aplicación de la Disposición Adicional vigésimo octava de la Ley de Contratos en este año (2013) se consolida la adquisición centralizada de Medicamentos y productos sanitarios extendiendo la misma por el INGESA no solo al Plan Vacunal de la Dirección General de Salud Pública sino a productos sanitarios de Hospitales. Hospital San Pedro y Fundación Hospital Calahorra se adhieren por Convenio a todas las compras centralizadas consiguiendo ahorros importante entorno al 20%.
- Igualmente a nivel autonómico, y en la misma línea que la anterior, se generaliza la contratación por la Dirección General de Contratación y Patrimonio de la Comunidad Autónoma de La Rioja a determinados contratos de servicios, mantenimientos, seguridad, energía, gas etc...
- Desde Fundación Rioja Salud se efectúa un contrato de Radiología para todo el Sistema Público de Salud de La Rioja en la contratación de servicios de radiología convencional, TAC, RMN, etc. aglutinando todos los contratos que se tenían previamente por los diferentes centros y la propia Consejería. La contratación permite ahorrar 1 millón de euros y garantizar toda la renovación del parque tecnológico en la vigencia del contrato.
- La Consejería de Salud y Servicios Sociales a través de la Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia ha elaborado y difundido una Circular para regular y racionalizar la prescripción del transporte sanitario no urgente.
- Se formaliza un convenio con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para el control y racionalización de la IT en todo el sistema sanitario el 11 de Abril del 2013.

- Se publica en la Comunidad Autónoma de La Rioja el Decreto 27/2013 de 13 de Septiembre por el que se regula el Registro de Facturas y el servicio de facturación electrónica para agilizar el trámite administrativo dar facilidad a los proveedores y acortar los periodos de pago Este Decreto ha permitido su entrada en vigor y que esté operativo en La Rioja antes que en el resto del Estado.
- En el ejercicio 2013 es ya operativa la nueva jornada para el sector público que ha sido impuesta por la Ley de Presupuestos del Estado para el 2012 en su Disposición Adicional septuagésimo primera donde a los funcionarios se les ha aumentado de 35 a 37 horas y media a la semana. En el ámbito sanitario la ampliación de la jornada se aplica desapareciendo las jornadas adicionales y ampliando la jornada ordinaria.

Abreviaturas, acrónimos y siglas

A

AE: Atención Especializada

AP: Atención Primaria

B

BOR: Boletín Oficial de La Rioja

C

CA: Comunidad Autónoma

CMA: Cirugía Mayor Ambulatoria

D

DUE: Diplomado Universitario de Enfermería

E

EDOs: Enfermedades de Declaración Obligatoria

ECG: Electrocardiograma

EP: Enfermedad Profesional

H

HCD: Historia Clínica Digital

HSP: Hospital San Pedro

I

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social

IT: Incapacidad Transitoria

L

LP: Ley de Presupuestos

M

MIR: Médicos Internos y Residentes

R

RMN: Resonancia Magnética Nuclear

S

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SNS: Sistema Nacional de Salud

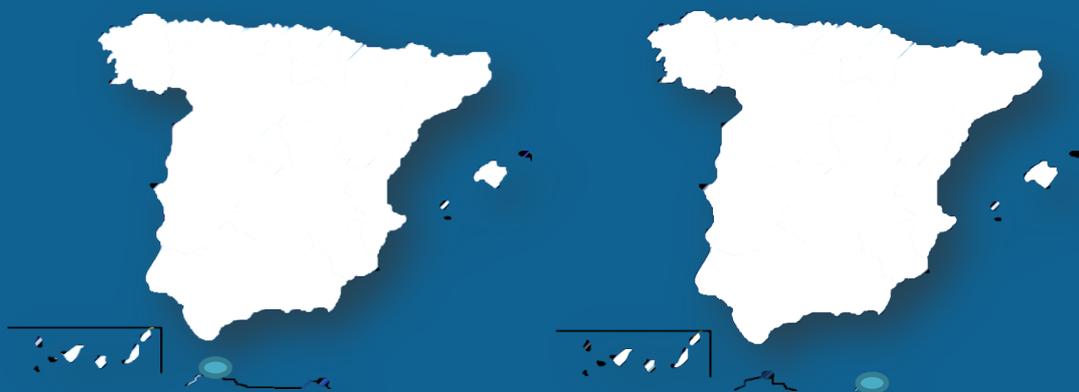
T

TAC: Tomografía Axial Computerizada

TSI: Tarjeta Sanitaria Individual

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013

Ingresa. Ciudades con Estatuto de Autonomía. Ceuta y Melilla



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	2
Resumen	3
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	4
1. Impacto en los servicios sanitarios de Ceuta y Melilla de la atención sanitaria prestada a la población no española carente de sistema de protección de la salud	4
1.1. Introducción.....	4
1.2. Asistencia sanitaria a extranjeros.....	4
2. Aplicación en INGESA durante 2013 del desarrollo del Real Decreto 16/2012	10
2.1. Procedimiento de reembolso del exceso de aportación farmacéutica a los usuarios que ostenten la condición de asegurados pensionistas así como por sus beneficiarios	10
2.2. Aplicación de la resolución por la que se determina el cobro de las aportaciones económicas de los usuarios en determinados medicamentos de dispensación hospitalaria en el ámbito del SNS.....	14
3. Implantación de receta electrónica	15
3.1. Facturación de receta electrónica con respecto al total de recetas prescritas en el ámbito INGESA.....	17
ANEXO	18
Índice de tablas.....	21
Índice de gráficos	22
Abreviaturas, acrónimos y siglas	23

Demografía y entorno económico

	Ceuta	España	Fuente
Población	84.500	46.593.236	INE - Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	51,2	49,2	INE - Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	48,8	50,8	INE - Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	21,0	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	68,1	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	10,9	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	12,9	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	–	5,8%	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

	Melilla	España	Fuente
Población	83.645	46.593.236	INE - Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	51,3	49,2	INE- Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	48,7	50,8	INE - Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	23,4	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	66,8	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	9,8	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	18,0	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	–	5,8%	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

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.

INGESA desde sus Servicios Centrales en Madrid, y conjuntamente con sus Direcciones Territoriales en Ceuta y Melilla, gestiona las prestaciones sanitarias de los Centros Sanitarios públicos en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, y es el garante de la atención sanitaria que en dichos centros se presta, no teniendo competencias en materia de salud pública.

En virtud de la legislación vigente, los ciudadanos marroquíes que pasan de forma legal para estancias breves, no residenciales, pueden demandar asistencia sanitaria. Por todo esto, la población atendida en los Centros sanitarios de las Áreas Sanitarias del INGESA no se limita a la de derecho en dichas ciudades, sino que también debe considerarse como usuaria potencial la población no española residente o transeúnte en ambas ciudades, siempre que concurren las circunstancias recogidas en la legislación vigente.

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 se ha alcanzado 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.

1. Impacto en los servicios sanitarios de Ceuta y Melilla de la atención sanitaria prestada a la población no española carente de sistema de protección de la salud

1.1. Introducción

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.

INGESA desde sus Servicios Centrales en Madrid, y conjuntamente con sus Direcciones Territoriales en Ceuta y Melilla, gestiona las prestaciones sanitarias de los Centros Sanitarios públicos en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, y es el garante de la atención sanitaria que en dichos centros se presta, no teniendo competencias en materia de salud pública.

No obstante lo anterior, al INGESA, como prestador de servicios sanitarios en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, le compete la aplicación de las leyes vigentes en el ámbito estatal referentes de la igualdad en el acceso, y de la calidad de la atención sanitaria, como son la Ley 14/1986, General de Sanidad, la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y además el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones. En dichas leyes se establece la accesibilidad a las prestaciones sanitarias en las mismas condiciones para toda la población.

Por otro lado, la aplicación, primero de la ley la Ley 4/2000 de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, con sus sucesivas reformas, hasta la actual Ley orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, y anteriormente además el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, han tenido, desde la creación del INGESA, una especial relevancia en la gestión de este Organismo, dada la especial situación geográfica de las Ciudades Autónomas.

1.2. Asistencia sanitaria a extranjeros

La legislación española actual establece que los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España pueden recibir asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles en los siguientes supuestos: de urgencia por enfermedad grave o accidente hasta la situación de alta médica; de asistencia al embarazo, parto y puerperio; y los que sean menores de 18 años.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, la población atendida en los Centros sanitarios de las Áreas Sanitarias del INGESA no se limita a la de derecho en dichas

ciudades, sino que también debe considerarse como usuaria potencial la población no española residente o transeúnte en ambas ciudades, siempre que concurren las circunstancias recogidas en la legislación vigente.

En virtud de dicha Legislación, los ciudadanos marroquíes que pasan de forma legal para estancias breves, no residenciales, pueden demandar asistencia sanitaria.

Actualmente, se está demandando y proporcionando cobertura asistencial en base a dicha Legislación a menores y embarazadas extranjeros que residen en Marruecos y que se desplazan a Ceuta o Melilla con carácter programado sólo para recibir atención sanitaria. Es decir, no se encuentran en territorio nacional como residentes temporales ni tampoco podría considerárseles en situación de estancia, aunque el periodo de tiempo de permanencia en Ceuta o Melilla sea menor de 90 días. El objeto de su desplazamiento es recibir la asistencia sanitaria de la que carecen en su país, de forma que, habitualmente, por su ubicación geográfica, cruzan la frontera y permanecen en la ciudad sólo una hora para reclamar esta atención. Se constata que carecen de residencia temporal o fija en dichas ciudades, que no disponen de medios de transporte a la península, que no acuden a estas ciudades como un lugar de tránsito hacia otros estados y que tienen fijada su residencia en Marruecos (lo cual puede documentarse a través del pasaporte).

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.

1.2.1. Colectivos demandantes de atención

1. Extranjeros que pasan diariamente la frontera para comerciar o realizar trabajos pequeños no regulados. Se calculan 25.000 a 30.000 diarios en cada paso fronterizo. La demanda de servicios urgentes es muy variable.
2. Trabajadores fronterizos regulados que trabajan en hostelería, construcción, hogar, y otros sectores. Se calculan alrededor de 3000 en cada Ciudad.
3. Personas atendidas en los Centros de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETIs): si tenemos en cuenta su capacidad, Ceuta tendría 512 y Melilla 900, pero la población atendida equivalente es mayor debido a la entrada y salida constante de residentes en ellos.

Por otro lado, en los últimos años la población acogida duplica ampliamente su capacidad casi de manera continua.

4. Población marroquí del entorno que pasan expresamente para demandar atención urgente y asistencia especializada en nuestros hospitales, especialmente pacientes con partos en curso, diálisis, etc.
5. Trabajadores peninsulares que están de lunes a viernes en Ceuta o Melilla.

En consecuencia, y sin ni siquiera medir los mayores tiempos de atención debidos al idioma y diferencias socioculturales, sobre todo en atención primaria, se puede concluir que en Ceuta se atiende de forma equivalente a 13.704 personas más que los censados, y en Melilla a 20.680 más, lo que equivale respectivamente aproximadamente a un 18,36%, y un 30,40% añadido a la población censal.

1.2.2. Evolución de la asistencia sanitaria a extranjeros

Los costes asignados por la asistencia a extranjeros están anualmente recogidos y desglosados en el sistema de información Gestión de Recursos Económicos (GRECO) de la siguiente manera: extranjeros residentes en CETI, extranjeros transeúntes, embarazadas transeúntes, menores transeúntes y cribados a residentes del CETI, gasto en Atención Primaria, así como evacuaciones de extranjeros.

La evolución del gasto en Euros contabilizado por GRECO ha sido: 7.748.021 euros en 2005; 8.461.169 en 2006; 11.309.124 en 2007; 9.053.736 en 2008; 8.835.208 en 2009; 11.327.000 en 2010; 10.901.281 en 2011; 10.827.809 en 2012; 9.216.555 en 2013.

A partir de 2008 se registra una disminución, como consecuencia de menor asistencia a extranjeros por la reorganización de los mecanismos de revisión de pacientes que entran por la frontera en transporte sanitario, la mejora de asistencia en CETIs, y revisión de criterios de ingreso. Hay un repunte en 2010, 2011 y 2012, debido a otras asistencias fundamentalmente en entradas masivas y ajustes tarifarios.

Tabla 1.1. Asistencia a colectivos extranjeros demandantes de atención sanitaria en la ciudad autónoma de Ceuta. Año 2013

Ciudad Autónoma de Ceuta	Hospitalización (GRD)		Urgencias		Consultas		Otras: Importe	Total importe
	Pacientes	Importe	Nº	Importe	Nº	Importe		
Residentes CETI	23	80.480	183	37.980	29	3.978		122.437
Extranjeros Transeúntes	107	592.905	3.056	471.760	32	3.586	6.064	1.074.314
Embarazadas Transeúntes	371	784.313	401	63.147				847.460
Menores Transeúntes	47	192.559	342	53.945	3	295	1.236	248.036
Screening a Residentes del CETI	...						5.462	5.462
SUMA	548	1.650.257	3.982	626.832	64	7.859	12.762	2.297.710
Gasto en Atención Primaria	...	...	...	...	...	...	85.139	85.139
Gasto Direccion Territorial (evacuaciones)	...	...	...	...	...	...	57.182	57.182
TOTAL	548	1.650.257	3.982	626.832	64	7.859	155.083	2.440.031

Observación: Importe en euros. CETI: Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes. Importe en Euros. Fuente: Instituto de Información Sanitaria (INGESA). Sistema de Información GRECO.

Tabla 1.2. Asistencia a colectivos extranjeros demandantes de atención sanitaria en la ciudad autónoma de Melilla. Año 2013

Ciudad Autónoma de Melilla	Hospitalización (GRD)		Urgencias		Consultas		Otras: Importe	Total importe
	Pacientes	Importe	Nº	Importe	Nº	Importe		
Residentes CETI	80	235.951	1.413	214.267	469	46.867	890	497.977
Extranjeros Transeúntes	184	1.041.577	3.544	554.288	22	6.569	8.591	1.611.026
Embrazadas Transeúntes	1.293	2.946.258	2.836	443.336	217	20.294	0	3.409.889
Menores Transeúntes	228	770.964	1.190	187.309	52	4.744	0	963.017
Screening a Residentes del CETI	...	...	...	...	...	...	...	0
SUMA	1.785	4.994.752	8.983	1.399.200	760	78.476	9.482	6.481.911
Gasto en Atención Primaria	...	...	...	...	...	...	23.195	23.195
Gasto Dirección Territorial (evacuaciones)	...	...	...	...	...	...	271.417	271.417
TOTAL	1.785	4.994.752	8.983	1.399.200	760	78.476	304.095	6.776.524

Observación: Importe en euros. CETI: Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes. Importe en Euros.
Fuente: Instituto de Información Sanitaria (INGESA). Sistema de Información GRECO.

Tabla 1.3. Asistencia a colectivos extranjeros demandantes de atención sanitaria en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Año 2013

Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla	Hospitalización (GRD)		Urgencias		Consultas		Otras: Importe	Total importe
	Pacientes	Importe	Nº	Importe	Nº	Importe		
Residentes CETI	103	316.430	1.596	252.247	498	50.845	890	620.414
Extranjeros Transeúntes	291	1.634.482	6.600	1.026.047	54	10.155	14.655	2.685.341
Embrazadas Transeúntes	1.664	3.730.571	3.237	506.483	217	20.294	0	4.257.350
Menores Transeúntes	275	963.523	1.532	241.254	55	5.039	1.235	1.211.053
Screening a Residentes del CETI	...	...	0	0	0	0	5.462	5.462
SUMA	2.333	6.645.008	12.965	2.026.032	824	86.335	22.244	8.779.621
Gasto en Atención Primaria	...	...	...	...	...	...	108.334	108.334
Gasto Direccion Territorial (evacuaciones)	...	...	...	...	...	...	328.599	328.599
TOTAL	2.333	6.645.008	12.965	2.026.032	824	86.335	459.178	9.216.555

Observación: Importe en euros. CETI: Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes. Importe en Euros.
Fuente: Instituto de Información Sanitaria (INGESA). Sistema de Información GRECO.

1.2.3. Consideraciones finales

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 asistenciales como se ha expuesto anteriormente, 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 concurren las circunstancias recogidas en las leyes reguladoras.

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 en la globalidad de los servicios sanitarios de INGESA.

Los programas de salud se establecen siguiendo las recomendaciones contenidas dentro de las Estrategias de Salud para el Sistema Nacional de Salud, 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.

La elaboración de folletos informativos en distintos idiomas es una práctica habitual en ambas ciudades, así como en la formación de profesionales, que contempla la prevención y manejo de malos tratos en mujeres, niños y ancianos.

Además, existen dispositivos sanitarios específicos previstos para la atención ante la entrada masiva de inmigrantes, que se ponen en marcha dependiendo de los niveles de alerta establecidos. Dichos niveles van del 0 al 3, y tienen en cuenta el tipo de acontecimiento, número y complejidad de los heridos, y los recursos que se asignan, según los "Planes de Emergencias" de las Áreas Sanitarias Únicas de Ceuta y Melilla.

Con dichos Planes se garantiza la atención de los directamente afectados, con la menor repercusión posible sobre las actividades sanitarias ordinarias dirigidas a la población residente.

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 profesionales sanitarios, elaboración de guías clínicas y protocolos e actuación, así como la mejor interrelación con los servicios de atención especializada permiten asegurar una asistencia integral a las personas inmigrantes.

El impulso actual de proyectos de investigación en nuestras áreas en colaboración con centros sanitarios de otras Comunidades Autónomas que permitirán conocer la situación real respecto a la salud de los inmigrantes, sus necesidades y prioridades sanitarias, ayudando también en las tareas de adecuación de los servicios de salud de este colectivo.

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.

En definitiva, con el objeto de cumplir la legislación vigente, ha sido necesario, no sólo optimizar los recursos sanitarios gestionados por INGESA para la población habitual que le

está asignada, sino también incrementar, dentro de lo permitido en nuestros presupuestos ajustados a la población de derecho normalmente establecida, estos recursos en las áreas asistenciales de mayor impacto, para adecuarlos a la evolución de la demanda no reglada que se detalla en este informe.

2. Aplicación en INGESA durante 2013 del desarrollo del Real Decreto 16/2012

2.1. Procedimiento de reembolso del exceso de aportación farmacéutica a los usuarios que ostenten la condición de asegurados pensionistas así como por sus beneficiarios

Para dar cumplimiento en Ceuta y Melilla al RD. 16/2012, la Dirección del INGESA emitió en junio de 2012 unas *Instrucciones internas para la aplicación de la nueva aportación del usuario en medicamentos y productos sanitarios*, que debían de ponerse en marcha a partir del 1 de julio del mismo año. Posteriormente, por Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, de fecha 27 de junio de 2012, se aprobó un procedimiento común de reembolso automático por cada servicio de salud. Para poner en marcha dicho acuerdo, y con el fin de favorecer a los pensionistas en la aplicación de la nueva normativa, el Director del INGESA, mediante *Resolución de 11 de enero de 2013(BOE Num.23, 26 de enero)*, establece el *procedimiento de reembolso del exceso de aportación farmacéutica a los usuarios que ostenten la condición de asegurados pensionistas así como por sus beneficiarios*.

2.1.1. El reembolso a pensionistas plantea los siguientes requerimientos

1. Conocimiento del gasto real mensual dispensado a cada pensionista y/o sus beneficiarios, y el N^o de cuenta corriente (CCC) del paciente en el que hay que ingresar el reembolso.
2. Establecimiento del procedimiento para el pago directo al pensionista/beneficiario, y para el Ingreso en CCC del pensionista.
3. Aprobación por la Intervención del pago a los pensionistas/beneficiarios como grupo de perceptores de devolución.

Circuito establecido por el INGESA para el Reembolso:

- *Organismos que intervienen: INGESA(Servicios Centrales en Madrid, Direcciones Territoriales del INGESA en Ceuta y Melilla, Asesoría Jurídica y la Intervención Delegada) ,Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Ceuta y Melilla, Agencia Estatal de Administración Tributaria, Tesorería de la Seguridad Social(TGSS), Instituto Nacional de la Seguridad Social(INSS)I, y Gerencia de Informática de la Seguridad Social (GISS).*
- Procedimiento común de reembolso:
- *De oficio:* Ingreso automático por el INGESA de las cuantías a devolver en la cuenta bancaria en la que está domiciliada la pensión del titular pensionista.

- *A Instancia de parte:* Solicitud de reembolso al INGESA mediante un impreso específico, acompañado de hoja de información de receta, recibos etc.

2.1.2. Secuencia de acciones

Límite temporal: 31 de enero de 2013 para los primeros reembolsos (correspondientes a julio 2012).

Definición de actividades:

- I. Diseño del Plan de Acción: "Circuito de devolución"
- II. Consulta a Asesoría Jurídica y a Intervención Central y General.
- III. Adaptación de DIGITALIS para la obtención de la información necesaria.
- IV. Contactar con el INSS para el CCC de ingreso de pensiones de los usuarios afectados.
- V. Elaboración de la Resolución del Director del INGESA para establecer el procedimiento de reembolso.
- VI. Elaboración de Instrucciones Internas para la tramitación de las solicitudes de reintegros de gastos.
- VII. Contactar con la GISS para envío de preceptores de devolución y CCC, y de allí a la TGSS para que esta Administración dé a las Entidades Financieras las órdenes de transferencia bancaria.
- VIII. Elaboración de Folletos, cartas y carteles informativos para la población. (Imágenes 1 y 2).
- IX. Apertura de plazo de reclamaciones.

2.1.3. Acciones durante 2013 para el reembolso del exceso de aportación farmacéutica a los usuarios que ostenten la condición de asegurado pensionistas así como a sus beneficiarios

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, estableció mediante Resolución de su Director, del 11 de enero de 2013, publicada en el BOE de 26 de enero de 2013, el procedimiento para la aplicación del artículo 94. Bis 6, de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que prevé el reembolso a los pensionistas de la Seguridad Social y a sus beneficiarios, de las cuantías por ellos aportadas en concepto de prestación farmacéutica ambulatoria, que superen los límites mensuales de 8, 18 ó 60 euros, según el nivel de renta aplicable en cada caso.

Para ello se tuvo en cuenta el procedimiento común aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud así como lo dispuesto en la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, estableciéndose un procedimiento de oficio para que las Direcciones Territoriales de INGESA rembolsen a los pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, residentes en Ceuta y Melilla, las cantidades que superen el tope máximo de aportación mensual a la prestación farmacéutica ambulatoria que en cada caso les corresponda.

El reembolso se realiza mediante ingreso directo en la cuenta bancaria en la que esté domiciliada la pensión del titular pensionista o en la cuenta que el titular o beneficiario determine.

Las cantidades objeto de reembolso se abonan en periodos trimestrales y comprenden las cuantías que superen el límite de aportación mensual acumulada en el trimestre. La tramitación y ordenación del expediente del reintegro le corresponde a la Dirección Territorial del INGESA de la ciudad donde el paciente tenga su residencia. El primer reembolso se realizó el 31 de enero de 2013, correspondiente al copago de julio de 2012.

Tabla 2.1. Cifras totales en Ceuta de número de receptores y reintegros de oficio de pensionistas y sus beneficiarios según nivel de aportación. Año 2013

Código TSI	Total nº de perceptores 2013	Total Importe	Total Aportación	Total reintegro oficio 2013 euros
TSI-002 Subtipo 01	18.553	3.958.710	319.612	168.797
TSI-002 Subtipo 02	1.235	441.927	34.638	12.043
TSI-005 Subtipo 03	78	20.316	9.026	4.268
Total	19.866	4.420.953	363.276	185.108

Observación: TSI-002-01 código de la Tarjeta Sanitaria Individualizada de pensionistas y sus beneficiarios con aportación reducida del 10% y con límite de 8 euros al mes. TSI-002-02 código de pensionistas y sus beneficiarios con aportación reducida del 10% y con límite de 18 euros al mes. TSI-005-03 código de pensionistas y sus beneficiarios con aportación del 60% y con límite de 60 euros al mes.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Tarjeta Sanitaria Individual del SNS (BDTSI-SNS). Diciembre 2012- 2013.

Tabla 2.2. Cifras totales en Melilla del número de receptores y reintegros de oficio de pensionistas y sus beneficiarios según nivel de aportación. Año 2013

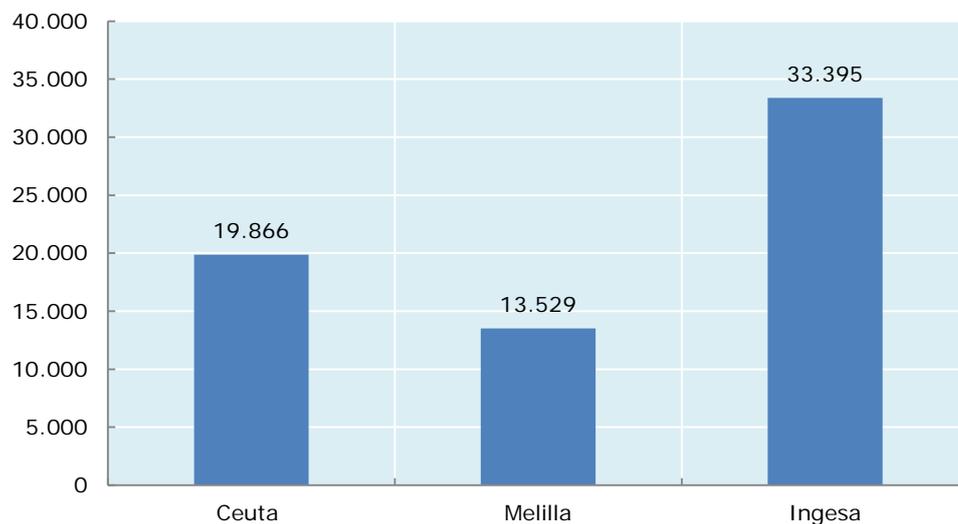
Código TSI	Total nº de perceptores 2013	Total Importe	Total Aportación	Total reintegro oficio 2013 euros
TSI-002 Subtipo 01	12.710	2.864.177	221.052	117.731
TSI-002 Subtipo 02	779	284.643	22.713	8.463
TSI-005 Subtipo 03	40	17.140	3.935	1.496
Total	13.529	3.165.960	247.700	127.690

Observación: TSI-002-01 código de la Tarjeta Sanitaria Individualizada de pensionistas y sus beneficiarios con aportación reducida del 10% y con límite de 8 euros al mes. TSI-002-02 código de pensionistas y sus beneficiarios con aportación reducida del 10% y con límite de 18 euros al mes. TSI-005-03 código de pensionistas y sus beneficiarios con aportación del 60% y con límite de 60 euros al mes.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Tarjeta Sanitaria Individual del SNS (BDTSI-SNS). Diciembre 2012- 2013.

En 2013 en INGESA (Ceuta y Melilla) el total de perceptores de reintegros de oficio de pensionistas y sus beneficiarios con códigos TSI 002-01, TSI 002-02 y TSI 005-03 fue de 33.395 y el total de reintegros de oficio de 312.798 euros.

Gráfico 2.1. Total de perceptores de reintegro de oficio de pensionistas y sus beneficiarios. Ingesa 2013

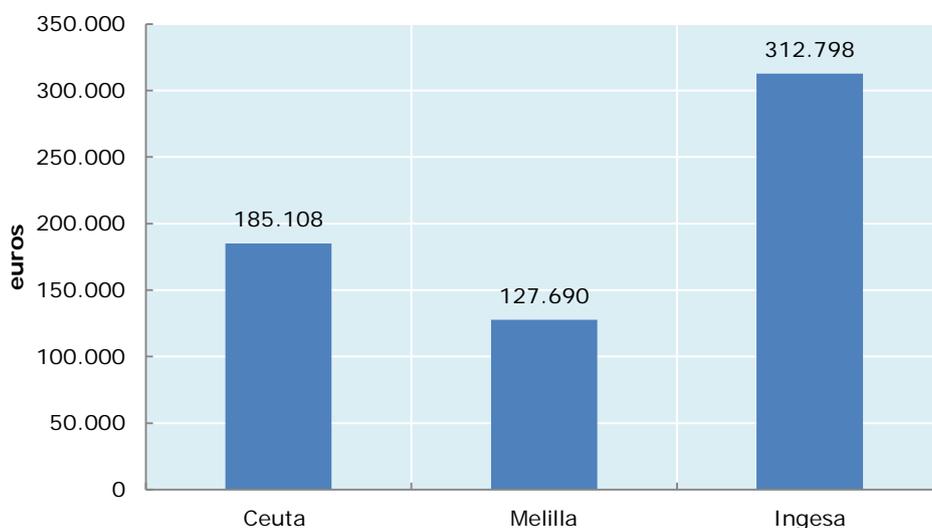


Observación: En el número total de perceptores se incluye TSI-002-01 código de la Tarjeta Sanitaria Individualizada de pensionistas y sus beneficiarios con aportación reducida del 10% y con límite de 8 euros al mes. TSI-002-02 código de pensionistas y sus beneficiarios con aportación reducida del 10% y con límite de 18 euros al mes. TSI-005-03 código de pensionistas y sus beneficiarios con aportación del 60% y con límite de 60 euros al mes.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Tarjeta Sanitaria Individual del SNS (BDTSI-SNS). Diciembre 2012- 2013.

En 2013 en INGESA (Ceuta y Melilla) el total de perceptores de reintegros de oficio de pensionistas y sus beneficiarios con códigos TSI 002-01, TSI 002-02 y TSI 005-03 fue de 33.395 y el total de reintegros de oficio de 312.798 euros.

Gráfico 2.2. Total de reintegros de oficio en euros a pensionistas y sus beneficiarios. Ingesa 2013



Observación: En el número total de preceptores se incluye TSI-002-01 código de la Tarjeta Sanitaria Individualizada de pensionistas y sus beneficiarios con aportación reducida del 10% y con límite de 8 euros al mes. TSI-002-02 código de pensionistas y sus beneficiarios con aportación reducida del 10% y con límite de 18 euros al mes. TSI-005-03 código de pensionistas y sus beneficiarios con aportación del 60% y con límite de 60 euros al mes.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

2.2. Aplicación de la resolución por la que se determina el cobro de las aportaciones económicas de los usuarios en determinados medicamentos de dispensación hospitalaria en el ámbito del SNS

La Dirección del INGESA, puso en marcha un procedimiento para su aplicación a partir del 1 de octubre de 2013, por los hospitales de Ceuta y Melilla, con el objetivo de posibilitar en los hospitales de Ceuta y Melilla el cobro a los usuarios de la cuantía establecida en concepto de aportación económica, por los medicamentos dispensados desde los Servicios de Farmacia Hospitalaria, según establece la Resolución del 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia.

En dicho procedimiento se establece que cuando la cantidad resultante de aportación es superior al tope mensual que el paciente tenga establecido, solo se le cobre la cantidad que corresponda hasta llegar a ese tope, momento a partir del cual dejará de aportar por la dispensación hospitalaria hasta el siguiente mes.

Los Servicios de Farmacia Hospitalaria de Ceuta y Melilla, mantienen informada a la Dirección de INGESA de las cantidades abonadas mensualmente por los pacientes, en relación con la dispensación de estos medicamentos.

Desde la Dirección de INGESA se remite a dichos servicios la actualización de los medicamentos sometidos a esta aportación, que la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia comunica al INGESA mensualmente, junto al resto del SNS, en el Nomenclátor de productos farmacéuticos del SNS.

En resumen, En 2013 se pusieron en marcha dos procedimientos referidos a copago, regulados en el RDL 16/2012:

1. El 31 de enero de 2013, el reembolso de los topes de aportación de recetas, por la Resolución de Director de INGESA de 11-01-2013.
2. El 1 de octubre de 2013, el copago hospitalario, para aplicar la Resolución del Director General de Cartera de Servicios y Farmacia del 10 de septiembre de 2013.

3. Implantación de receta electrónica

La Receta Electrónica, en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, permite el acceso por parte de los ciudadanos a la dispensación de los medicamentos prescritos en el ámbito territorial del INGESA, mediante soporte electrónico, con plena garantía de igualdad, calidad y seguridad.

El 10 de abril de 2013 se firmó una adenda al Concierto vigente entre el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, para establecer las condiciones de dispensación y de facturación de las prescripciones realizadas a través de receta electrónica en el ámbito INGESA, implantándose a partir de esa fecha esta nueva modalidad de receta oficial, de forma simultánea en la totalidad de las oficinas de farmacia de las dos ciudades.

El acuerdo con las oficinas de Farmacia como adenda al vigente Concierto, teniendo como marco de referencia el artículo 77.8 de la Ley 29/2006, el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, de receta médica y ordenes de dispensación que establece el marco jurídico de la receta médica electrónica oficial del SNS, y determina con carácter básico sus requisitos con el fin de asegurar la accesibilidad de todos los ciudadanos, en condiciones de igualdad efectiva en el conjunto del territorio español, a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

En dicho acuerdo o adenda, las partes consideran conveniente incluir el Sistema de Receta Electrónica (SER) para la automatización mediante las nuevas tecnologías de los procesos de prescripción y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios, en la colaboración establecida en el Concierto del INSALUD con las oficinas de farmacia de 17 de noviembre de 1998.

Las recetas electrónicas que reciban las oficinas de farmacia a través del SER de INGESA, se consideran recetas oficiales a efectos de lo establecido en el vigente Concierto, estando sometidas a las mismas condiciones que las recetas oficiales emitidas en papel, y con las particularidades establecidas en esta Adenda.

A efectos de lo establecido en el Concierto y sus posteriores modificaciones, todas y cada una de las oficinas de farmacia legalmente establecidas en Ceuta y en Melilla tienen el derecho, y la obligación, de disponer de acceso al SER, en la medida que técnicamente sea posible. Los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Ceuta y Melilla son, respectivamente, responsables de la seguridad del nodo del Colegio, así como de la autenticación de los farmacéuticos de las oficinas de farmacia de su ámbito territorial, mediante certificación electrónica, garantizando que el proceso de dispensación electrónica cumple todos los requisitos legales.

Paralelamente a las medidas llevadas a cabo para poner en marcha la receta electrónica en las oficinas de farmacia, se realizaron actividades de formación a los profesionales sanitarios y a los usuarios de los centros sanitarios. Se realizaron y distribuyeron folletos informativos con toda la información referente a este nuevo sistema de prescripción y de dispensación en oficinas de farmacia.

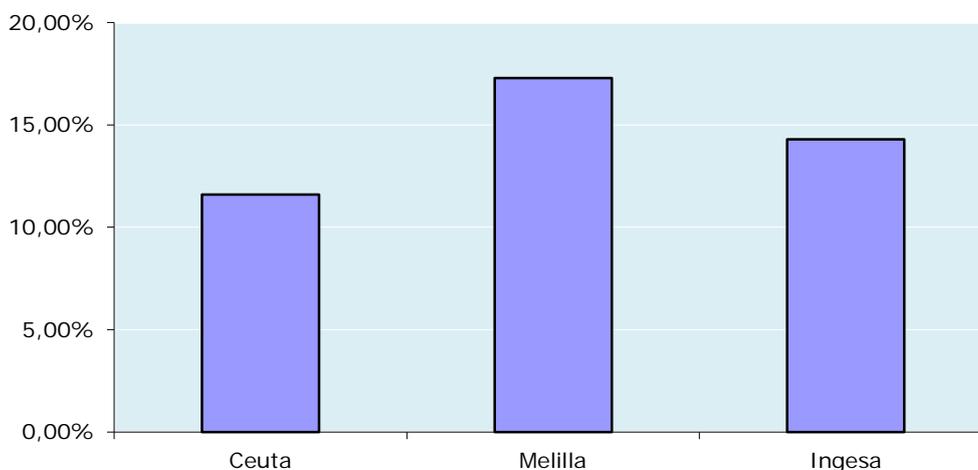
Tabla 3.1. Porcentaje de facturación mensual a diciembre de 2013 a través de recetas electrónicas, sobre el total de prescripción en dicho mes

	% facturación RE diciembre sobre el total de prescripción
Ceuta	11,6
Melilla	17,3
INGESA	14,3

Observación: RE Receta electrónica

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Año 2013.

Gráfico 3.1. Porcentaje de facturación mensual a diciembre de 2013 a través de recetas electrónicas, sobre el total de prescripción en dicho mes



Observación: RE Receta electrónica.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Año 2013.

3.1. Facturación de receta electrónica con respecto al total de recetas prescritas en el ámbito INGESA.

En 2013 se ha alcanzado la implantación total en Atención Primaria, teniendo pendiente iniciarlo en Atención Especializada.

Para el periodo acumulado de enero a diciembre de 2013, los porcentajes de facturación de recetas electrónicas sobre el total de prescripción realizado en el ámbito INGESA fue de un 2,53% para el ámbito INGESA, con un 2,02% en Ceuta y un 3,13% en Melilla.

Con respecto a los valores mensuales, en porcentajes, para este concepto (valor mensual de facturación de recetas del último mes, diciembre), se cierra el año con un 11,6% en Ceuta y un 17,3% en Melilla (14,3% para el ámbito INGESA, para este último mes de 2013).

A Diciembre de 2013, el 100% de las oficinas de farmacia tenían implantada la Receta Electrónica.

Respecto a la prescripción de los médicos de Atención Primaria, al cierre de mes de diciembre de 2013 el 52% de las prescripciones eran por Receta Electrónica.

ANEXO

Folleto informativo para pacientes referente al sistema de prescripción y de dispensación de Receta Electrónica en oficinas de farmacia.

¿Qué es la Receta Electrónica?

Es un sistema informatizado que permite al médico transmitir directamente su receta médica a la farmacia, sin escribirla en la receta habitual.

La receta electrónica *no necesita papel*.

Para el uso de la receta electrónica es imprescindible la presentación de su *Tarjeta Sanitaria*.

¿Cómo funciona la Receta Electrónica?

La información de su receta no se envía por Internet ni por correo electrónico. Las recetas se envían a la farmacia por un sistema informatizado confidencial y seguro.

¿Cómo se usa?

1. *En su Centro de Salud. Presente su Tarjeta Sanitaria a su médico, para que acceda a su historia clínica y actualice su medicación.* El médico debe entregarle su *Hoja de Medicación*, un documento en papel en el que figura su plan de medicación: nombre de los medicamentos, dosis, frecuencia de administración y *el tiempo previsto de duración de sus tratamientos*.
2. *En la Farmacia.* Puede acudir a cualquier *Oficina de Farmacia de la ciudad*, presentando su *Tarjeta Sanitaria Individual*, para que el farmacéutico pueda acceder a través del ordenador a las prescripciones que tenga activas y dispensarle sus medicamentos.
3. *Plazos de recogida.* La primera receta electrónica permite un plazo de 10 días, después de la fecha de prescripción, para retirar los tratamientos de la farmacia, como sucede en la receta en papel.

Si no retira los medicamentos en esos primeros 10 días, el tratamiento completo se anulará y no podrá recogerlo en ninguna farmacia. Si esto ocurre debe volver a su Centro de Salud para que su médico le recete de nuevo el tratamiento.

Para tratamientos crónicos. Durante el periodo indicado por el médico (hasta un año de duración) en la farmacia le entregaran la medicación necesaria para 28 días de tratamiento.

La medicación sucesiva que necesite para cumplir el tratamiento, puede retirarla en la farmacia 10 días antes de que se acabe su medicación continuada y hasta 10 días después de que se hubiera acabado.

Cuando finalice el periodo indicado por el médico para su tratamiento, deberá volver al Centro de Salud para su revisión y por el médico, quien valorará si tiene que mantenerlo, cambiarlo o si se puede considerar finalizado.

¿Qué me pueden prescribir en la Receta Electrónica?

Los medicamentos correspondientes a sus *tratamientos de larga duración* (medicación que toma habitualmente, durante largos periodos de tiempo) y/o sus *tratamientos de corta duración*.

En el caso de los tratamientos de larga duración (tratamientos crónicos), el médico puede prescribirle los envases necesarios para completar hasta un año de tratamiento, si bien solo podrá retirarse de la farmacia la medicación necesaria para el mes.

Por el momento algunos tratamientos que requieren un control especial (productos de visado, estupefacientes, apósitos....) no pueden ser prescritos en receta electrónica y aún se prescriben en receta en papel.

¿Cuántos envases puedo retirar con la Receta Electrónica?

Puede retirar los envases que necesite para completar 28 días de tratamiento.

Si para completar los 28 días de tratamiento con un medicamento le prescriben más de un envase del mismo producto, puede obtenerlos de una vez o conforme los precise, en tantas visitas a la farmacia como número de envases tenga prescrito.

Si le prescriben un tratamiento de larga duración de hasta un año de duración, sólo puede recoger su tratamiento mes a mes, cuando esté a punto de acabarse el envase del mes anterior.

¿Tengo que recoger los medicamentos siempre en la misma farmacia?

No. Puede recogerlos en *cualquier farmacia de la ciudad*. Incluso cuando se trate de medicación continuada, puede recoger sus tratamientos un mes en una farmacia y al siguiente en otra.

¿Dónde es válida la receta electrónica?

Hasta que los sistemas de prescripción electrónica de los distintos Servicios de Salud *sean interoperables*, las *recetas electrónicas únicamente se pueden dispensar en las farmacias del mismo Servicio de Salud*, de tal forma que:

La receta electrónica del Ingresa sólo es válida en su territorio (Ceuta y Melilla), no pudiéndose recoger en las oficinas de farmacia de las mismas productos farmacéuticos prescritos electrónicamente en otro Servicio de Salud distinto de Ingresa.

RECUERDE:

LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS EN RECETA ELECTRÓNICA SE OBTIENEN PRESENTANDO SU TARJETA SANITARIA EN LAS OFICINAS DE FARMACIA.

- CUANDO INICIE UN TRATAMIENTO DISPONE DE 10 DÍAS, DESDE LA FECHA DE PRESCRIPCIÓN, PARA RETIRARLO DE LAS OFICINAS DE FARMACIA. SI NO ACUDE A LA FARMACIA SE ANULA EL TRATAMIENTO
- SOLO PODRÁ RETIRAR DE UNA SOLA VEZ LOS MEDICAMENTOS SUFICIENTES PARA COMPLETAR 28 DÍAS
- PARA CONTINUAR UN TRATAMIENTO CRÓNICO O DE MÁS DE UN MES:
- NO ES NECESARIO QUE VUELVA A SU MÉDICO PARA DIPONER DE LOS ENVASES SUCESIVOS, MIENTRAS ESTÉ VIGENTE SU TRATAMIENTO.
- SÓLO TIENE QUE PRESENTAR SU TARJETA SANITARIA EN LA OFICINA DE FARMACIA.
- LOS ENVASES SUCESIVOS DEBE RECOGERLOS EN LA OFICINA DE FARMACIA DESDE 10 DÍAS ANTES DE LA FECHA DE PRESCRIPCIÓN.
- DEBE VOLVER AL CENTRO DE SALUD CUANDO SE ACABE LA VIGENCIA DE SU TRATAMIENTO.
- SOLO SE PODRÁN RETIRAR MEDICAMENTOS PRESCRITOS EN RECETA ELECTRÓNICA EN LAS OFICINAS DE FARMACIA DEL ÁMBITO INGESA (CEUTA O MELILLA)
- NO OLVIDE SOLICITAR A SU MÉDICO LA HOJA DE MEDICACIÓN.

Índice de tablas

Tabla 1.1. Asistencia a colectivos extranjeros demandantes de atención sanitaria en la ciudad autónoma de Ceuta. Año 2013	6
Tabla 1.2. Asistencia a colectivos extranjeros demandantes de atención sanitaria en la ciudad autónoma de Melilla. Año 2013.....	7
Tabla 1.3. Asistencia a colectivos extranjeros demandantes de atención sanitaria en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Año 2013.....	8
Tabla 2.1. Cifras totales en Ceuta de número de receptores y reintegros de oficio de pensionistas y sus beneficiarios según nivel de aportación. Año 2013	12
Tabla 2.2. Cifras totales en Melilla del número de receptores y reintegros de oficio de pensionistas y sus beneficiarios según nivel de aportación. Año 2013	12
Tabla 3.1. Porcentaje de facturación mensual a diciembre de 2013 a través de recetas electrónicas, sobre el total de prescripción en dicho mes	16

Índice de gráficos

Gráfico 2.1. Total de perceptores de reintegro de oficio de pensionistas y sus beneficiarios (códigos TSI 002-01, TSI 002-02 y TSI 005-03). Año 2013	13
Gráfico 2.2. Total de reintegros de oficio en euros a pensionistas y sus beneficiarios (códigos TSI 002-01, TSI 002-02 y TSI 005-03). Año 2013	14
Gráfico 3.1. Porcentaje de facturación mensual a diciembre de 2013 a través de recetas electrónicas, sobre el total de prescripción en dicho mes	17

Abreviaturas, acrónimos y siglas

C

CCC: Cuenta Corriente

CETI: Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes

D

DIGITALIS: aplicación informática que gestiona el fichero de la prestación farmacéutica

GRECO: Gestión de Recursos Económicos

GISS: Gerencia de Informática de la Seguridad Social

I

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

O

ONG: Organización no Gubernamental

S

SER: Sistema de Receta Electrónica

SNS: Sistema Nacional de Salud

T

TGSS: Tesorería de la Seguridad Social

TSI: Tarjeta Sanitaria Individual

