

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

---

	<b>Illes Balears</b>	<b>España</b>	<b>Fuente</b>
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 Comunidad, 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.

#### 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.

## 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)

## 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 de 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 las 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 de 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 mensualmente.
- 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 Llätzer, 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 Ib-salut

- 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 Ib-salut. 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.

## 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

CAIS: 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