

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010 Extremadura



Resumen

La Sanidad extremeña en 2010 ha estado enmarcada en un escenario europeo donde la exigencia de los mercados financieros de una política de fuerte consolidación fiscal (como condición para seguir financiando la deuda pública y privada a tipos de interés sostenibles), ha supuesto reducir el gasto sanitario público.

En consecuencia, 2010 ha resultado un año en el que el Sistema Sanitario Público de Extremadura (SSPE) ha dispuesto de menos fondos presupuestarios que el año precedente, como consecuencia de la restricción de ingresos originados por la crisis económica global. No obstante, en base al esfuerzo realizado, se ha conseguido mantener el nivel de prestaciones sanitarias y el alto grado de calidad alcanzados a través del Servicio Extremeño de Salud (SES), proveedor hegemónico del mismo.

Gracias a todos los profesionales del SSPE, se ha logrado hacer “más con menos”, manifestando un claro compromiso con los ciudadanos y con la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad del Sistema.

Ese compromiso se ha materializado en distintos aspectos con características y objetivos comunes:

- Consolidando una cobertura casi universal del SSPE, superior al 97,5% de la población.
- Consiguiendo reducir en el segundo semestre de 2010 la factura farmacéutica, de tal modo que el gasto en farmacia se ha reducido respecto a 2009.
- Priorizando el empleo, incorporando al mismo a personas con discapacidad intelectual, consensuando actuaciones de mejora continua de las prestaciones sanitarias con los profesionales o prestando a los trabajadores la formación adecuada a los requerimientos de una Sanidad moderna.
- Mejorando la gestión de los recursos humanos del SSPE.
- Realizando una importante (cuantitativa y cualitativamente) actividad asistencial, con más de 12 millones de consultas en el ámbito de la salud.
- Reforzando las sinergias con el Sistema de atención social.
- Mejorando la gestión de la compra de bienes y servicios.
- Y potenciando las actuaciones relacionadas con el uso racional del medicamento.

En definitiva, se trata de un compromiso para hacer más y mejor: más igualdad y accesibilidad, más cohesión, más participación, mejor organización, más calidad y prevención, más seguridad y mejor investigación.

Ésta ha sido la base de las políticas de la Junta de Extremadura y, sobre todo, de las políticas de salud, aunque subrayando la necesidad de evaluar y priorizar adecuadamente las medidas a tomar a consecuencia de las circunstancias económicas que, en la actualidad, condicionan dichas políticas.

1 Introducción

1.1 Organización sanitaria

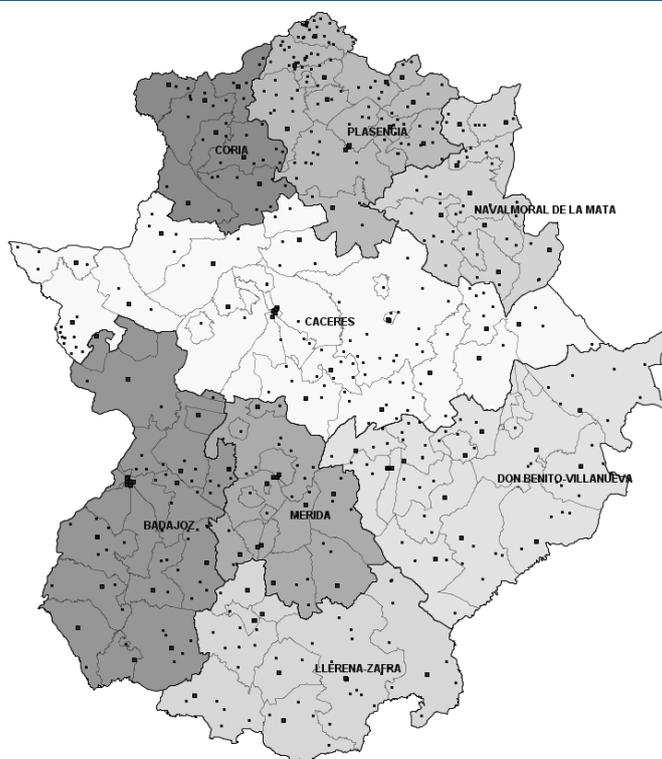
La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura, tiene como finalidad la atención sanitaria al ciudadano, estableciendo el marco de ordenación específico en materia de sanidad con la constitución y ordenación del SSPE, conformado por la Consejería de Sanidad y Dependencia y por el organismo autónomo Servicio Extremeño de Salud, adscrito a la misma, delimitándolo territorialmente en áreas y zonas de salud.

La Ley de Salud de Extremadura otorgó una estructuración del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura, con separación de la autoridad sanitaria y la provisión de servicios, reservándose la primera a la Consejería responsable en materia sanitaria y la segunda al SES, como ente responsable de la gestión y prestación de la asistencia sanitaria y de los servicios públicos que lo integran.

En 2010 había en Extremadura 8 áreas de salud y un total de 110 zonas de salud en funcionamiento de las 113 aprobadas (Figura 1).

Figura 1. Mapa Sanitario de Extremadura. Áreas y zonas de salud. Año 2010.

Elaboración: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Planificación, Formación y Calidad. Fuente: Decreto 238/2008, de 7 de noviembre, por el que se modifica el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura



El SSPE ha logrado en 2010 una elevada cobertura de tarjetas sanitarias, que alcanzaba el 97,55% de la población extremeña, caracterizada por su elevada dispersión y su baja densidad poblacional. La Tabla 1 recoge la distribución de las tarjetas sanitarias y de la población en las ocho áreas de salud que recoge el Mapa Sanitario de Extremadura.

Tabla 1. Número de tarjetas sanitarias, número de habitantes, superficie (km²) y densidad de población (habitantes/km²) por áreas de salud. Extremadura. Año 2010.

Elaboración: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Planificación, Formación y Calidad.

Fuente: INE (Padrón Municipal de Habitantes 2010). Consejería de Sanidad y Dependencia (Mapa Sanitario de Extremadura. Programa Cívitas)

| Áreas de salud | Tarjetas sanitarias | Habitantes | Superficie | Densidad de población |
|-----------------------|---------------------|------------|------------|-----------------------|
| Badajoz | 262.800 | 274.419 | 6.237,80 | 43,99 |
| Mérida | 164.254 | 168.314 | 3.392,45 | 49,61 |
| Don Benito-Villanueva | 142.276 | 142.892 | 6.963,77 | 20,52 |
| Llerena-Zafra | 103.836 | 106.512 | 5.172,21 | 20,59 |
| Cáceres | 193.833 | 198.931 | 10.559,19 | 18,84 |
| Coria | 45.601 | 47.281 | 2.415,80 | 19,57 |
| Plasencia | 111.769 | 113.868 | 3.990,13 | 28,54 |
| Navalmoral de la Mata | 55.738 | 55.003 | 2.903,08 | 18,95 |
| EXTREMADURA | 1.080.107 | 1.107.220 | 41.634,43 | 26,59 |

La Consejería de Sanidad y Dependencia constituye la referencia autonómica a nivel sanitario y sociosanitario. En Sanidad, establece los principios generales que han de informar la política de salud en la Comunidad Autónoma de Extremadura (CAE), proponiendo los criterios generales de planificación. El ámbito sanitario se organiza en Extremadura a través del SSPE, integrado en el Sistema Nacional de Salud (SNS), y definido en la Ley de Salud de Extremadura como el conjunto de recursos, actividades y prestaciones que, conforme al Plan de Salud de Extremadura, funciona de forma coordinada y ordenada, siendo desarrollados por organizaciones y personas públicas en el territorio de la Comunidad, dirigidos a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.

En aras de alcanzar los objetivos otorgados al SSPE, el SES representa un órgano instrumental, separado del concepto del Sistema, encargado de la ejecución de las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios que le encomienda la Administración de la CAE, en la mayoría de las veces a través de la Consejería con competencia en materia de Sanidad.

A su vez, el Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, organismo autónomo también adscrito a la CSD, es el responsable de la atención a las personas mayores o con dependencia, discapacidad, deterioro cognitivo o trastornos mentales graves en la Comunidad Autónoma. En consecuencia, supone un ente con el que desarrollar estrategias conjuntas con el SSPE, dirigidas a la atención sociosanitaria de la población extremeña con dicha necesidad.

Consejería de Sanidad y Dependencia

El Decreto del Presidente 17/2007, de 30 de junio, atribuye a la CSD las competencias de la anterior Consejería de Sanidad y Consumo excepto consumo, así como las competencias en materia de discapacidad, mayores y dependencia que tenía atribuidas la anterior Consejería de Bienestar Social.

La estructura orgánica de la CSD se establece en el Decreto 66/2010, de 12 de marzo. Bajo la dirección de su titular, se estructura en los siguientes órganos directivos: Secretaría General y Dirección General de Planificación, Formación y Calidad. Asimismo, forman parte de la Consejería: el Consejo de Dirección y el Gabinete de la Consejera.

Servicio Extremeño de Salud

Organismo autónomo, con personalidad jurídica propia y adscrito a la CSD. Su estructura viene definida a través de la propia Ley de Salud de Extremadura, así como por el desarrollo reglamentario de la misma a través de diferentes normativas, actualizada por el Decreto 221/2008, de 24 de octubre, por el que se aprueban los Estatutos del Organismo Autónomo Servicio Extremeño de Salud.

Sus funciones son:

- La planificación, organización, dirección y gestión de los centros sanitarios adscritos al mismo que operen bajo su dependencia orgánica y/o funcional.
- La prestación de la atención sanitaria.
- La planificación, organización, dirección y gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le estén asignados para el desarrollo de las funciones encomendadas.
- Aquellas otras que se le atribuyan legal o reglamentariamente.

A su vez, los órganos del SES son:

- De dirección y gestión: Dirección Gerencia, Secretaría General, Dirección General de Presupuestos y Tesorería, Dirección General de Asistencia Sanitaria y Dirección General de Salud Pública.
- De control y participación en la gestión: Consejo General.
- De coordinación: Consejo de Dirección.

La gestión del SES se realiza de forma descentralizada en las ocho áreas de salud, con el establecimiento de la Gerencia única, responsable de ofrecer una atención integral e integrada, desarrollando funciones de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria, la rehabilitación, de reinserción social, y de administración sanitaria y salud pública.

Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia

Se crea como ente público para ejercer las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas, conforme a los objetivos y principios de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, y desarrollo y coordinación de las Políticas Sociales de atención a personas mayores, con discapacidad, con deterioro cognitivo y con trastornos mentales graves.

El Decreto 222/2008, de 24 de octubre, aprueba los Estatutos del SEPAD. Sus funciones, entre otras, son:

- La promoción de la autonomía personal.
- El reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a los servicios o prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- La prestación de la atención a la dependencia.
- El reconocimiento, declaración, calificación y revisión del grado de discapacidad.
- La prestación de la atención a las personas con discapacidad.
- La ejecución y coordinación de las políticas sociales en materia de envejecimiento activo, discapacidad y dependencia en salud mental y menores.

Son órganos del SEPAD los siguientes:

- De dirección y gestión: Dirección Gerencia, Secretaría General, Dirección General de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como las Gerencias Territoriales.
- De coordinación: Comité de Dirección del SEPAD.
- De participación:
 - A nivel regional: Consejo Autonómico de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, Consejo Regional de Personas con Discapacidad y Consejo Regional de Personas Mayores.
 - A nivel de Gerencia Territorial: Consejos Territoriales de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.

1.2 Política sanitaria y políticas de salud

La política sanitaria de la Junta de Extremadura ha estado orientada a maximizar la salud de todos los extremeños, reducir las desigualdades en salud y promover los estilos de vida saludables.

En el desarrollo de la política sanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura, el Plan de Salud ha constituido desde el año 1997, una herramienta que ha permitido avanzar con coherencia en la consolidación de un Sistema sanitario público potente, así como en el abordaje de estrategias multisectoriales encaminadas a promover y proteger la salud de los ciudadanos extremeños.

En base al compromiso político de la Junta de Extremadura en materia de Sanidad y Salud, el Plan de Salud constituye un instrumento estratégico de planificación y coordinación de las actividades de promoción y protección de la salud, de prevención de la enfermedad y de asistencia sanitaria de todos los sujetos, públicos y privados, integrantes del Sistema sanitario, a fin de garantizar que las funciones del mismo se desarrollen de manera ordenada, eficiente y eficaz, con la expresión de importantes retos que trascienden e involucran a sectores sociales, profesionales y políticos. Unos retos que van, desde la actuación sinérgica de las Administraciones Públicas, garantizando la eficiencia en la aplicación de intervenciones sobre los problemas de mayor prioridad, hasta la búsqueda de la efectividad en las actuaciones del Sistema sanitario, pasando por el reconocimiento por parte del ciudadano del propio nivel de responsabilidad en la conservación de la salud.

Del mismo, emanan los programas sanitarios definidos bajo el formato de planes integrales de salud (sobre enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades raras, drogodependencias y otras conductas adictivas, salud mental, cuidados paliativos, etc.), de planes marco (de calidad, de educación para la salud, de atención sociosanitaria, etc.) o de programas de salud y de servicios más específicos.

Plan de Salud de Extremadura 2009-2012

El actual Plan de Salud de Extremadura concentra las actuaciones que, a lo largo del periodo 2009-2012, deben llevarse a cabo para hacer frente a los problemas de salud de mayor impacto sobre la sociedad, asegurando la consolidación hacia la mejora de los cambios en los patrones epidemiológicos de enfermedad, mortalidad y calidad de vida en Extremadura. También establece actuaciones relacionadas con los servicios sanitarios, en aras de mejorar la calidad y la accesibilidad de los mismos.

Atiende a las necesidades de salud de mayor prioridad, como son: enfermedades cardiovasculares, cáncer, salud mental, drogodependencias y otras conductas adictivas, accidentes y violencias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, enfermedades infecciosas, enfermedades raras y zoonosis, para lo que propugna un planteamiento multisectorial, aunque el SSPE ha de asumir una parte importante del liderazgo.

Desde la perspectiva de la organización del Sistema sanitario, plantea que ésta estará orientada hacia la satisfacción de los ciudadanos, de forma que sea capaz de generar salud para todos los extremeños, primando los objetivos de calidad de sus centros, servicios y prestaciones, y el avance en la mejora continua de la gestión de los procesos de atención sanitaria.

Como máxima expresión de las políticas sanitaria y de salud de la Junta de Extremadura, busca la convergencia y el establecimiento de sinergias con cualquier otro instrumento de planificación con impacto en la salud y, en particular, con la planificación estratégica en el SES.

Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2009-2012

El Plan Estratégico del SES se sustenta sobre 5 pilares básicos: la calidad total, la eficiencia, la implicación de los profesionales, la investigación y la innovación.

Con ellos se pretende, por un lado promover la participación e implicación de los profesionales como elementos claves para la motivación de los mismos; y, por otro lado, introducir el concepto de corresponsabilidad en el uso racional de los servicios sanitarios.

Las cinco líneas estratégicas de este Plan son las siguientes:

- Potenciar la participación, implicación y motivación de los profesionales, así como estrategias de mejora en mandos intermedios y profesionales.
- Orientar la organización a mejorar la salud individual y comunitaria, y la satisfacción de la ciudadanía.
- Dirigir todos los esfuerzos a la calidad total.
- Introducir y potenciar, en todos los niveles de la organización, la investigación, el desarrollo y la innovación, como motores de mejora imprescindibles.

— Contribuir a la sostenibilidad financiera, mediante actuaciones eficientes de gestión y coordinación de todos los recursos.

En definitiva, estos planes estratégicos pretenden contribuir a crear una red de intervenciones coordinadas, que dé consistencia, coherencia y solidez a las políticas con impacto en la salud de los extremeños. En este aspecto, su principal característica es el valor que le otorga a la intersectorialidad a la hora de proponer múltiples medidas que sobrepasan el ámbito de actuación estrictamente sanitario, necesarias para propiciar mejoras de la salud estables en la comunidad.

2 Estrategias y actuaciones llevadas a cabo por la Comunidad Autónoma de Extremadura para la mejora de la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

2.1 Actuaciones relacionadas con los planes estratégicos y directores de los servicios de salud, y actuaciones relacionadas con la organización, la accesibilidad y la atención sanitaria

En el SSPE, tal y como ocurre en el SNS, cada nivel de atención sanitaria presenta una relación inversa entre accesibilidad y complejidad tecnológica. La atención primaria tiene una elevada accesibilidad y, por tanto, una baja complejidad tecnológica mientras que ocurre lo contrario en la atención especializada.

No obstante, el primer nivel, que llega físicamente hasta el domicilio del ciudadano y que en Extremadura pone a disposición de la población una serie de servicios básicos desde cualquier lugar de residencia gracias a una extensísima red de recursos (centros de salud, consultorios locales, unidades de apoyo a la atención primaria, telemedicina), ha experimentado una mejora de la dotación tecnológica para el manejo de patologías prevalentes, con una profusa utilización por parte de los profesionales.

Los mismos criterios organizativos de ambos niveles, han posibilitado a la atención primaria, el determinar la intervención del nivel especializado en los casos que superan sus posibilidades diagnósticas y/o terapéuticas.

En los epígrafes siguientes, se recogen actuaciones significativas sobre la organización, la accesibilidad y la atención sanitaria en el SSPE.

Adaptación de los planes estratégicos del Sistema Sanitario Público de Extremadura

La planificación estratégica en el ámbito sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura durante 2010 se ha fundamentado en el Plan de Salud de Extremadura 2009-2012, como máxima expresión de la política sanitaria y de salud de la Comunidad Autónoma, y en el Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud 2009-2012,

actuando ambos de forma sinérgica para consolidar un Sistema sanitario potente y de calidad, pero que pueda ser sostenible.

Las estrategias se han centrado en tres principios fundamentales: la promoción del bienestar de los ciudadanos, la mejora de la autonomía de los pacientes y la garantía de la justicia social, situando al ciudadano y al paciente como centro del Sistema sanitario, pero sin obviar que debe ser parte activa del mismo. Esta orientación ha conllevado a mejorar la atención y los cuidados en los procesos prioritarios, en incidir en la prevención colectiva, en promover la salud desde la mejora de los estilos de vida, en mejorar de forma continua el sistema sanitario, en atender a la organización e interrelación entre los actores del sistema (directores, gestores y profesionales) que permitan un servicio coste-efectivo, y en buscar la corresponsabilidad de los ciudadanos.

Consecuentemente, el mantenimiento de la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad del Sistema sanitario, ha supuesto llevar a cabo un reforzamiento de estos planes estratégicos y priorizar determinadas líneas de actuación de los mismos. En los epígrafes siguientes se describen algunos de ellos:

- a) Reorientar la estrategia de formación, de forma que incida en la mejora de aptitudes y en la motivación de las personas, aportando seguridad, autoestima y satisfacción a los profesionales, de forma que permita avanzar hacia un rendimiento óptimo del conjunto de la organización. Supone una herramienta principal para garantizar el mantenimiento del Sistema sanitario en la prestación eficiente de sus servicios.
- b) Proseguir con el desarrollo y seguimiento del Plan Marco de Calidad del SSPE, un instrumento participativo y consensuado, incluyendo una revisión continuada de los tres escenarios estratégicos de actuación: el de la ciudadanía, el de los profesionales y el de la propia organización sanitaria, como espacio integrador de confluencia.
- c) En el marco del Plan de Salud de Extremadura y del Plan Estratégico del SES, reforzar el papel otorgado a los profesionales en el proceso de reorientación de los servicios sanitarios, como protagonistas de los procesos de atención y relación con los usuarios, y como administradores de recursos públicos para el desarrollo de los mismos.
- d) Simplificar los trámites administrativos con el SSPE, haciendo accesible la información y la realización de la gestión administrativa por parte de los ciudadanos a través de internet (portal “Salud Extremadura”) o las medidas específicas contenidas en el “Programa de desburocratización de la atención primaria”.
- e) Impulsar la educación para la salud, como herramienta clave en el abordaje de la cronicidad. El desarrollo y expansión de la mayoría de dolencias crónicas está muy influenciado por una serie de conductas de vida sobre las que se puede actuar antes de que la enfermedad haga su aparición. Por otro lado, detectar a tiempo la patología puede contribuir a mermar sus efectos negativos o incluso detenerla.
- f) Propiciar la participación de profesionales del SSPE en actividades docentes, como elemento motivador y de desarrollo profesional.
- g) Contribuir a la sostenibilidad financiera, especialmente a través del control del gasto sanitario: El gasto sanitario público, tanto en Extremadura como en el resto de España, ha ido registrando tasas de crecimiento medio anual en los últimos años por encima del 8,5%, participando en este incremento como uno de los principales elementos justificativos del mismo, la evolución de los

gastos de personal del conjunto de los servicios regionales de salud. No obstante, como consecuencia directa de la crisis económica surgida en 2008, el gasto sanitario se ha contenido.

La estructura general de gastos por capítulos, tanto del SES como del conjunto del SNS, aunque con pequeñas variaciones, se estructura en torno a los gastos de personal, con un valor que se aproxima en la mayoría de los casos al 50% del gasto sanitario total, seguido de porcentajes alrededor del 22% para el gasto en transferencias corrientes (fundamentalmente receta farmacéutica) y gasto corriente en bienes y servicios con otro 22% (donde destacan sobre todo farmacia hospitalaria y material sanitario). El 6% restante viene explicado por los recursos destinados a la inversión en capital fijo.

Por tanto, las necesarias medidas de racionalización del gasto sanitario en un entorno de crisis financiera y económica global, se han tomado considerando la base de gasto sobre la que han de actuar, priorizando aquellas que aportaran mayor potencial de ahorro en términos absolutos; es decir, medidas que actúan sobre el incremento de las retribuciones del personal sanitario y sobre el aumento del número de efectivos que integran las plantillas de personal del SES, ya que condicionan la evolución de la magnitud de gasto más significativa, los gastos de personal.

Además, las medidas de control del gasto sanitario se han visto completadas en el resto de ámbitos. Así, entre otras actuaciones que se relacionan en los correspondientes ítems, el crédito ejecutado en 2010 en el apartado de inversiones está previsto que alcance la cifra de 50.620.853 € es decir un 28,9% menos que el año 2009.

- h) Potenciar la eficiencia en el SSPE: De forma complementaria al conjunto de instrumentos incorporados progresivamente al entorno de la gestión directa del gasto sanitario y que aportan, en función del caso, mejoras en la eficiencia del mismo, desde el SES se ha aplicado un modelo de financiación de las áreas de salud basado en indicadores de actividad de los centros que introduce un escenario continuo de necesidad de mejora de la eficiencia en la gestión del gasto sanitario, estableciendo criterios de reparto de los recursos financieros existentes junto a una evaluación posterior de la eficiencia en la gestión del gasto, determinando así el cumplimiento o no de los objetivos propuestos y afectando directamente a los incentivos del personal directivo de los mismos.

Además, se han llevado a cabo distintas actuaciones con objeto de implicar y corresponsabilizar a ciudadanos y profesionales en el uso racional de los servicios sanitarios.

También se ha reforzado la evaluación de las nuevas tecnologías sanitarias, con objeto de analizar y valorar de forma sistemática aquellas tecnologías sanitarias que aún no se han introducido en el SES.

Por último, durante 2010 se ha continuado con el desarrollo de los sistemas de información sanitaria en Extremadura, buscando potenciar de esta manera la eficiencia del SES: se ha completado en Extremadura la implantación de la receta electrónica y del Proyecto Jara, el sistema de información sanitario del organismo autónomo, tanto en atención primaria como en atención especializada; también se ha puesto en marcha el portal “Salud

Extremadura”, para facilitar la comunicación y la accesibilidad a ciudadanos y profesionales, etc.

- i) Propiciar la intersectorialidad en los servicios sanitarios: Se trata de uno de los principales objetivos de la planificación estratégica en Extremadura. Existen distintas actuaciones que implican medidas conjuntas de recursos sanitarios y no sanitarios, entre otros:
 - El Programa “El Ejercicio Te Cuida” está destinado a personas mayores, aunando distintos recursos con el objetivo de prevenir y tratar alteraciones moderadas como hipertensión arterial, obesidad, diabetes, ansiedad, depresión, etc., a través de ejercicio físico acompañado de medidas de educación para la salud. También se han realizado ampliaciones del proyecto inicial, con nuevas líneas de trabajo: “El Ejercicio Te Activa”, destinado a jóvenes y adultos, y “Muévete Con Nosotros”, dirigido a niños.
 - El Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX) reúne recursos del SES y del SEPAD para prestar una mejor atención a los pacientes con deterioro cognitivo.

Buenas prácticas en la mejora de los servicios asistenciales

Durante 2010, el SSPE ha proseguido con la creación de recursos sanitarios y la implantación de buenas prácticas encaminadas a la mejora de la calidad asistencial y de la eficiencia de los servicios y prestaciones de asistencia sanitaria. En este ámbito cabe reseñar los siguientes:

- a) Modificación de los contratos de gestión de las áreas de salud: Las restricciones de gasto público han obligado a modificar los contratos de gestión de las áreas de salud de Extremadura, en los que se ha dictaminado la no utilización de los créditos presupuestarios de las vacantes de personal existentes en las plantillas autorizadas en cada uno de los centros hospitalarios y de atención primaria del SES.
- b) Otras actuaciones para la mejora de la calidad, accesibilidad, organización y eficiencia de los servicios asistenciales durante 2010:
 - b.1) *Atención primaria*: A nivel de infraestructuras, la atención primaria ha sido objeto durante 2010 del Programa de Mantenimiento y Mejora de los centros de atención primaria de salud, en aras de ganar en calidad y accesibilidad, con la construcción de 14 consultorios locales nuevos, la reforma de otros 32 y destinando una importante inversión para el equipamiento de otros 110. Se ha continuado desarrollando la ecografía en atención primaria, con un total de 87 centros de salud dotados de ecógrafos y más de 250 profesionales (médicos de familia y pediatras) formados en el manejo de la misma, lo que equivale aproximadamente al 30% de este grupo de profesionales. También se ha desarrollado el servicio de telemedicina en Extremadura, conectando un total de 12 centros hospitalarios con 29 centros de salud y ampliando la oferta de especialidades médicas, mejorando de esta manera la calidad y la accesibilidad de la asistencia sanitaria en una Comunidad Autónoma con una enorme dispersión poblacional.
 - b.2) *Atención especializada*: Respecto a la actividad quirúrgica, gracias a la potenciación de la actividad quirúrgica programada, se han

realizado un total de 79.768 intervenciones quirúrgicas en Extremadura, 2.037 más que en el mismo periodo del año anterior. Además, se han ampliado las consultas de alta resolución en distintas áreas de salud y en diferentes especialidades lo que, unido a la potenciación del Centro de Alta Resolución de Trujillo, ha implicado una mejora de la accesibilidad y la calidad asistencial.

b.3) *Atención sociosanitaria:* En relación con la mejora de la atención sociosanitaria, cabe destacar, en el ámbito de la dependencia, la construcción y puesta en funcionamiento de dos nuevos centros de gestión propia: el Centro Residencial “Presidente Juan Carlos Rodríguez Ibarra” y un Centro de Día en Moraleja.

El primero de ellos es un centro residencial para personas en situación de dependencia grave y severa, y alberga una unidad específica para atender demencias degenerativas como la enfermedad de Alzheimer. Además dispone de un Servicio de Centro de Día para personas en situación de dependencia grave y personas con demencia que conservan su red social de apoyo. Este centro ha generado un total de 128 empleos, entre asistenciales y residenciales.

Por su parte, el Centro de Día en Moraleja cuenta con 25 plazas y presta atención durante la mañana y la tarde a personas en situación de dependencia moderada-grave y personas con demencia degenerativa que conservan su red social de apoyo. Este servicio ha originado 13 empleos, por lo que el conjunto de ambos centros ha generado un total de 141 empleos.

Además, los profesionales del SES y del SEPAD que actúan dentro del ámbito del PIDEX, han puesto en marcha dos iniciativas para mejorar la atención y la accesibilidad a las consultas de neurología (concretamente a las Consultas Especializadas de Deterioro Cognitivo), a las personas con demencia que se encuentran ingresadas en estos dos centros residenciales del SEPAD.

b.4) *Seguridad del paciente:* Creación en el Área de Salud de Badajoz del Comité de Seguridad del Paciente y del Comité de Asistencia Integral del Área que, junto a una nueva herramienta web para la notificación de reacciones adversas a medicamentos y distintas actuaciones para la mejora de la seguridad de medicamentos, constituyen una clara apuesta por la mejora de la calidad asistencial.

Buenas prácticas en la mejora de la Salud Pública

La Salud Pública constituye un componente clave del SSPE, que además impregna de forma transversal todas las políticas de las administraciones públicas implicadas en la CAE. La Salud Pública participa, junto a la asistencia sanitaria, de la intersectorialidad, la equidad, la disminución de las desigualdades en salud, la participación comunitaria y la descentralización de la gestión de la atención integral a la salud. Durante 2010, destacan las siguientes actuaciones encaminadas hacia las buenas prácticas en la mejora de la misma:

- a) Anteproyecto de la Ley de Salud Pública de Extremadura: Establece el ámbito normativo de la política de la Comunidad Autónoma en materia de Salud Pública, partiendo de un concepto de salud pública que, aunque

componente del sistema sanitario, impregna de forma transversal todas las políticas de las administraciones públicas implicadas.

- b) Plan Integral de Enfermedades Raras: Este plan nace para abordar de manera integral en Extremadura el problema que plantean las enfermedades raras, coordinando los distintos estamentos implicados.
- c) Actividades de promoción de la actividad física y de una alimentación equilibrada, estimulando los estilos de vida saludables y la prevención de la cronicidad, especialmente a través de los equipos de atención primaria.
- d) Actividades intersectoriales de educación para la salud en la comunidad, especialmente entre niños y jóvenes.
- e) Actividades para fomentar la corresponsabilidad de los pacientes crónicos y sus cuidadores en su proceso de atención, promoviendo el autocuidado.
- f) Plan Integral del Tabaco: Su objetivo es mantener e impulsar estrategias destinadas a disminuir la prevalencia del consumo de tabaco, prevenir el inicio del consumo y optimizar la protección a la población no fumadora del aire contaminado por humo del tabaco.
- g) Plan de Atención Dental Infantil de Extremadura: Se trata de un plan muy consolidado y con resultados muy positivos, que cada ejercicio incorpora a los niños que cumplen 6 años, permaneciendo en él hasta el 31 de diciembre del año en que cumplen 15. Durante 2010 se ha conseguido mejorar su accesibilidad, permitiendo la identificación de los niños mediante la tarjeta sanitaria, y reducir gastos al hacer innecesario el envío del talón asistencial.
- h) Reducción de la edad de vacunación de la gripe a los 60 años: durante la campaña de vacunación de la gripe del año 2010 se ha rebajado la edad de vacunación de 65 años a 60 años; esto ha supuesto un incremento en la población diana de 54.628 personas.
- i) Programa de atención a las personas con diabetes: el SES cuenta con un protocolo de dispensación de material para el cuidado de la diabetes, elaborado por profesionales sanitarios y gestores del SES, y basado en la evidencia científica, que incluye el suministro a estos usuarios de lancetas y tiras reactivas para la medición de glucosa en sangre; se ha puesto en marcha, en colaboración con el Colegio Oficial de Podólogos de Extremadura, un programa de prevención y atención podológica al pie diabético; también se han instalado en las ochos áreas de salud, retinógrafos para el Programa de Detección Precoz de la retinopatía Diabética.
- j) Programa de salud mental: durante 2010 se han realizado intervenciones psicoeducativas en población escolar, padres y profesorado para la promoción de la salud mental, la prevención de la enfermedad y la lucha contra el estigma social, a través de un proyecto financiado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; se ha diseñado una Guía de Intervención en el ámbito escolar para la promoción de la salud mental y el fomento de una visión en positivo de la misma; igualmente, se ha editado el cuaderno técnico "Afrontando retos, buscando soluciones. Encuentro de usuarios y gestores de salud mental"; además, el SES ha abordado durante 2010 la implantación del Modelo Básico de Intervención Rehabilitadora en los equipos de salud mental de Coria y Navalmoral, para mejorar la accesibilidad y la continuidad de la atención a las personas con trastornos mentales, así como actuaciones relacionadas con la futura apertura de las Unidades de Hospitalización Breve de Mérida y Plasencia.

- k) Elaboración del programa piloto de detección precoz del cáncer de cérvix, a desarrollar a lo largo de 2011.
- l) Programa de Detección Precoz del VIH y la Sífilis en Extremadura.
- m) Programa para la prevención del VIH y la reducción de la vulnerabilidad de las personas inmigrantes y su entorno.
- n) Anteproyecto de Decreto del Observatorio de la Salud de las Mujeres y Género, que cuenta entre sus objetivos: introducir la perspectiva de género en el ámbito de la salud, intentando unificar y controlar todos los servicios que se prestan a la mujer por serlo, así como estudiar todas las desigualdades que se producen y que provocan inequidades de salud.

2.2 Mejoras de la gestión de recursos humanos

Los sistemas sanitarios, incluido el SSPE, en un momento de crisis como el actual, se enfrentan al desafío de acometer reformas específicas en el área de los recursos humanos, no exentas de obstáculos que deberán ser solventados, primando la calidad y sostenibilidad del Sistema sanitario. En todos los casos, deben ser llevados a cabo con esfuerzos compartidos por parte de la dirección de las organizaciones y de los propios colectivos de profesionales médicos, con un objetivo común, buscar una mayor eficiencia y que ésta coincida con una mayor eficacia y calidad de los servicios prestados.

Desde esta perspectiva, la Consejería de Sanidad y Dependencia ha apostado por el desarrollo de una cultura organizativa que fomente el profesionalismo y el buen hacer entre el personal sanitario.

Cambios en la planificación y la gestión de recursos humanos

Para lograr la sostenibilidad del SSPE ha sido necesario adoptar medidas de racionalización del gasto sanitario en Extremadura, priorizando aquellas que aportan mayor potencial de ahorro en términos absolutos, es decir, medidas que actúan sobre el incremento de las retribuciones del personal sanitario y sobre el aumento del número de efectivos que integran las plantillas de personal del SES, ya que condicionan la evolución de la magnitud de gasto más significativa, los gastos de personal.

A este respecto, las medidas aplicadas en el ejercicio económico 2010 en el SES se han circunscrito sobre todo a la contención salarial y a paralizar todas las actuaciones que supusieran necesariamente un aumento de las dotaciones de personal, siempre a efectos de no permitir incrementos en la base de gastos de personal.

Además, en este ámbito se han aplicado otras medidas, como reducción de la estructura directiva de las áreas de salud y los servicios centrales del SES, disminución de la política de incentivos y conceptos retributivos de carácter variable y rebaja de la cobertura de sustituciones de personal y contratación de personal eventual.

Tras la finalización del ejercicio 2010 se ha procedido a evaluar los resultados obtenidos en términos de reducción de los gastos de personal (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados obtenidos en reducción de gastos de personal del SES. Extremadura. Año 2010. Elaboración: Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Planificación, Formación y Calidad. Fuente: Servicio Extremeño de Salud.

| Motivo de gasto | Variación del gasto interanual (2010-2009) en % |
|---|---|
| Productividad variable en atención especializada | - 17,05 % |
| Productividad variable en atención primaria | - 17,87 % |
| Sustituciones de personal en atención especializada | - 6,66 % |
| Sustituciones de personal en atención primaria | - 2,23 % |

Por otra parte, desde el SES se evalúan indicadores de actividad de los centros en relación con la gestión directa del gasto sanitario, con el fin de valorar su eficiencia. El cumplimiento o no de estos objetivos condiciona los incentivos del personal directivo.

Puesta en funcionamiento de unidades de gestión clínica, gestión por procesos u otras fórmulas organizativas de recursos humanos para mejorar la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad

Tradicionalmente, los directivos de los centros sanitarios han dispuesto de pocas competencias en la gestión de recursos humanos y, por tanto, de márgenes relativamente reducidos de mejoras de eficiencia en la gestión. Recientemente, el Sistema sanitario ha realizado esfuerzos por aumentar esta capacidad de gestión.

El garantizar la gestión de calidad de los servicios sanitarios incluye, como una estrategia del SSPE, el desarrollo de nuevas formas organizativas y de gestión más descentralizadas, dotando de mayor capacidad y autonomía a los centros y unidades a través de la utilización de herramientas como la gestión clínica o la gestión por procesos, entre otras.

En este ámbito, durante 2010 se han llevado a cabo una serie de actuaciones relevantes, entre otras las siguientes:

- a) Puesta en funcionamiento de unidades de gestión clínica: En noviembre de 2010, con objeto de completar el desarrollo del Programa del Dolor de Extremadura, se puso en funcionamiento la Unidad del Dolor del Área de Salud de Plasencia, dotada con médico, psicólogo clínico, enfermera y auxiliar administrativo. De esta manera, ya se dispone de cuatro Unidades del Dolor en Extremadura, ubicadas en las Áreas de Salud de Badajoz, Cáceres, Don Benito-Villanueva y Plasencia.

También en 2010 se puso en funcionamiento la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Área de Salud de Coria, incrementando los recursos asistenciales de la Comunidad Autónoma en este ámbito.

- b) Implantación de la gestión por procesos asistenciales en el SSPE: El SSPE ha sufrido un cambio en la cultura de “gestión”, orientándose ésta hacia la calidad total de los servicios que se prestan y, por tanto, hacia la satisfacción de los usuarios del Sistema sanitario.

Durante 2010 se ha desarrollado la implantación de la gestión por procesos, considerada una de las actividades clave programadas en el Plan Marco de Calidad del SSPE, contemplándose así mismo como uno de los objetivos del Plan Estratégico del Servicio Extremeño de Salud y del Plan de Salud de Extremadura. Supone un alto nivel de interrelación entre diferentes servicios sanitarios.

La gestión por procesos se ha definido como una estrategia de calidad que permite ofrecer una atención homogénea al paciente, independientemente del centro en que la reciba y del profesional responsable en cada momento. En cada proceso quedan definidos los diferentes elementos, recursos y tecnologías que intervienen en la atención de un paciente. Tiene, como valor principal, la potenciación de la continuidad asistencial, integrando las actividades asistenciales y no asistenciales de la atención primaria y especializada.

Con objeto de unificar el modelo y los criterios de desarrollo de la gestión por procesos en las áreas de salud de la Comunidad Autónoma, compatibilizando en lo posible las diferentes actuaciones y los distintos niveles de desarrollo en este ámbito, en 2010 se constituyó la Comisión Central de Procesos, integrada por representantes de la CSD, del SES y del SEPAD, así como por los Coordinadores de Calidad de las áreas de salud, que culminaron la elaboración de dos proyectos:

- El “Catálogo de Procesos Asistenciales”, con una relación de los procesos asistenciales priorizados como más relevantes para ser elaborados y desarrollados en las áreas de salud.
- Definición de la “Guía para de elaboración de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Extremadura”. El objeto de esta Guía ha sido establecer la metodología a seguir en el diseño y descripción de los procesos asistenciales, creando para ello un modelo en el que se basará el desarrollo de cada proceso integrado en Extremadura.

Además, durante 2010 se han elaborado Mapas de Procesos y los Procesos Claves de los diferentes centros hospitalarios del SES en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

En cuanto a su desarrollo temporal, se ha previsto una estrategia que facilite la implantación de este modelo de gestión transversal, con la estructura jerarquizada característica de los centros y servicios sanitarios, y que se posea: guías clínicas bien elaboradas, equipos de profesionales motivados y formados, y un buen sistema de información.

- c) Fórmulas organizativas de los recursos humanos en el Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura: El Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura (PRCPEX) tiene el compromiso de establecer una serie de medidas encaminadas a mejorar la atención al final de la vida dentro de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Liderado desde la administración pública, tiene como objetivos generales la cobertura total, la accesibilidad, la equidad y la calidad en la atención.
- El PRCPEX, desde su origen, cuenta con fórmulas organizativas que se han establecido como medidas catalizadoras encaminadas a potenciar su estructura de recursos humanos: equipos de soporte multidisciplinares; modelo de atención integrada, compartida y continuada; así como

planificación anual de objetivos: asistencia, formación planificada adaptada a todos los colectivos que intervienen en el proceso, investigación como forma de generar evidencia científica y evaluación sistemática de resultados.

La estructura de trabajo en red está integrada por todos los profesionales de los Sistemas sanitario y social, incluidos el tercer sector y el voluntariado. Existen 3 grandes redes de trabajo integradas en una única estructura:

- La primera red es la que se establece entre la coordinación regional y los recursos específicos (equipos de soporte de cuidados paliativos - ESCP-, Grupos Transversales, Observatorio Regional de Cuidados Paliativos -ORCPEX- y Plan de Voluntariado de Cuidados Paliativos -PVCPEX-). Cada uno de ellos cuenta con la figura de un coordinador, responsable de velar por la solidez de la red.
- Además, los mismos profesionales que componen los ESCP se establecen en torno a una red de Grupos de Trabajo (Formación, Registro y Documentación Clínica, Tratamientos, Calidad e Investigación), de tal manera que dentro de todos los ESCP existe un representante de cada uno de ellos, que será el responsable de que las decisiones y acciones en torno al trabajo de los grupos se desarrollen e integren de un modo homogéneo en cada uno de los ESCP.
- La última de las redes es la que corresponde al Plan de Voluntariado de Cuidados Paliativos. Este Plan está consensuado entre diversas entidades sin fin de lucro, profesionales de cuidados paliativos del SSPE y la administración regional que, a través de una adecuada planificación, pone a disposición una serie de voluntarios, previamente formados, para tareas de acompañamiento, escucha y compañía siendo de gran apoyo para el paciente y su familia.

En cuanto a las actividades ligadas al PRCPEX, desarrolladas durante 2010, cabe destacar:

- Soporte de los ESCP al resto de profesionales del SES (atención primaria y especializada) y de los centros sociosanitarios: Realizan una atención compartida con todos los profesionales de los diferentes niveles asistenciales, basando la intensidad de su atención, en la complejidad de la situación a atender y en la coordinación con los profesionales con los que comparten la atención.
- Soporte del Plan de Voluntariado a la atención de pacientes-familias al final de la vida: El PVCPEX tiene el objetivo de complementar, de una forma organizada, con criterios de calidad y en un ámbito regional, la labor de los profesionales de cuidados paliativos en la mejora de la atención a pacientes al final de la vida y sus familias.
- Soporte del Observatorio Regional de Cuidados Paliativos a la actividad investigadora del PRCPEX: se trata de una de las líneas estratégicas del ORPEX, que consiste en ofrecer soporte a la investigación que se desarrolla en el PRCPEX. Este enfoque permite enriquecer la labor de los profesionales del mismo, porque ayuda a que la investigación se perciba como una actividad interesante y adaptada a su realidad, en lugar de una carga más a sumar al trabajo asistencial.
- Creación de una página web que integre todas las estructuras, y desarrollo de un cuadro de mandos integral que permita la

introducción de datos de estructura, actividad y calidad asistencial, la visualización de gráficos y tablas de indicadores de calidad, así como la generación de informes de resultados.

- Desarrollo de una línea de investigación-acción en torno al “Cuidado del Profesional”. Se ha realizado un análisis de situación a partir del estudio “Impacto Emocional que genera el contacto diario con el sufrimiento de los Profesionales de Cuidados Paliativos de Extremadura”. Se está realizando un estudio de investigación cualitativa en fase de desarrollo, denominado “Análisis de las Estrategias de Autocuidado de los Profesionales de Cuidados Paliativos de Extremadura”, financiado a partir de una beca de investigación del Programa Regional de Investigación de Extremadura.

2.3 Estrategias y actuaciones realizadas para la mejora en la gestión de la compra de bienes y servicios, así como en los cobros a terceros

Durante 2010, se han definido un conjunto de medidas tendentes a propiciar una gestión más eficiente del gasto corriente, fundamentalmente a través de mejoras en la gestión de la compra de bienes y servicios:

1. Introducción de criterios racionales en la gestión de compras.
2. Mejoras en el gasto corriente en suministros.
3. Proyecto de Central de Compras y Central Logística de Aprovisionamientos.

Introducción de criterios racionales en la gestión de compras

Entre estos criterios, imprescindibles para mejorar la gestión de la compra de bienes y servicios, cabe destacar los siguientes:

- Catálogo corporativo para identificar los productos genéricos.
- Contratos de Determinación de Tipo.
- Gestión electrónica de la contratación pública.
- Centralización de compras.
- Acciones de mejora de la gestión logística.
- Contratos de compra agregada.

Mejoras en el gasto corriente en suministros

Las mejoras en el gasto corriente en suministros se han basado, fundamentalmente, en dos medidas: la centralización de compras y la contratación agregada.

- a) Centralización de compras: Supone la realización de concursos de determinados suministros con incidencia en el gasto del conjunto de los centros, pero que son licitados de forma centralizada por los servicios centrales del SES, al objeto de

ofertar a los proveedores interesados un volumen de licitación superior, y forzar una mejor oferta en términos de precios.

Esta medida se aplicó durante 2010 para algunos concursos de suministros corrientes, tales como vacunas, tiras reactivas, productos farmacéuticos de los centros hospitalarios.

- b) Contratación agregada: Para aquellos suministros que requieren de una definición de las prescripciones técnicas más concretas y que, por lo tanto, participan de forma más cercana de las necesidades de los distintos servicios hospitalarios. En este caso, es cada centro hospitalario el que define determinados concursos de suministros, ofertando al resto de los centros la posibilidad de agregar previamente sus necesidades al volumen de licitación que de forma definitiva vaya a ofertarse.

Durante 2010 se estableció el procedimiento administrativo para la celebración de este tipo de concursos, que se aplicó a contratos de suministros de guantes, lentes intraoculares, lencería para vestuario de pacientes, lencería para vestuario de personal, bombas de perfusión, mallas quirúrgicas, termómetros y pulsíómetros, pañales infantiles, empapadores y bolsas de orina.

De cara a ejercicios posteriores, se pretende ampliar el número de contratos de suministros sobre los que se actúe de forma agregada. Por otra parte, las consecuencias reales en términos de contención de costes, se percibirán fundamentalmente durante el año 2011, dado lo avanzado del ejercicio en el momento en el que se produce la adjudicación de los concursos indicados.

En cuanto a los resultados obtenidos en 2010 con las mejoras desarrolladas en el gasto corriente en suministros, el gasto previsto total en suministros de bienes y servicios del SES durante el año 2010 alcanza la cifra de 398.097.621 €, lo que supone un ahorro interanual del gasto en estos conceptos del 3,5%, y de casi catorce millones de euros respecto al año 2009.

Proyecto de Central de Compras y Central Logística de Aprovisionamientos

Durante 2010 se ha comenzado a desarrollar el proyecto de creación de una Central de Compras y Central Logística de Aprovisionamientos, que permita homogeneizar los aprovisionamientos de un volumen importante de suministros de material sanitario y productos farmacéuticos de uso hospitalario, reduciendo la variabilidad de aprovisionamientos entre los diferentes centros, eliminando almacenes de los distintos hospitales, desligando a los clínicos de las decisiones de compra y concentrando un mayor volumen de adquisición que permita una mejora en las condiciones de compra de los mismos.

El proyecto se estructura en tres fases diferenciadas en el tiempo:

- Una primera fase que permite simplemente agregar volúmenes de compra, para aquellos suministros que un conjunto de áreas estén dispuestas a licitar de forma coordinada, encargándose del procedimiento de licitación un área de salud concreta para todas las que se sumen al procedimiento. Esta primera fase no establece como requisito necesario ningún cambio jurídico sustancial, pues la contratación recae en las mismas unidades que vienen celebrando hasta la fecha dichos procedimientos, pero estableciéndolos de forma

agregada para todas las áreas de salud a la vez. En esta fase se actúa solo en aquellos contratos de suministros que las áreas estén dispuestas a contratar coordinadamente, permitiendo cierto grado de discrecionalidad en la definición de los suministros incorporados a este procedimiento por las áreas de salud.

- La segunda fase implica la creación de la Central de Compras, encargada del proceso de contratación de suministros para el conjunto del Sistema sanitario, homogeneizando los tipos de suministros objeto de adquisición, asumiendo para sí misma las competencias que sobre esta materia poseen las áreas de salud, y eliminando por tanto el grado de discrecionalidad que hasta ese momento mantienen las mismas para decidir qué tipo de suministros y qué características se requieren en cada una de ellas.
- La tercera fase incorpora el proceso de almacenamiento ligado a los suministros contratados, eliminando almacenes de áreas, para pasar a gestionar la logística de los suministros del SES y otros proveedores de servicios desde un único almacén centralizado, encargado de aprovisionar a todos los centros del organismo autónomo.

2.4 Estrategias y actuaciones relacionadas con el uso racional del medicamento

La estrategia seguida en Extremadura sobre el uso racional del medicamento procura tener como centro al paciente, abordando los problemas y necesidades del Sistema sanitario, especialmente en el contexto de atención primaria y teniendo al medicamento como una de las herramientas eficaces, pero no la única, para mejorar la salud de la población. Tiene entre sus objetivos el de promover el uso racional del medicamento como parte estratégica de las políticas en salud, con la finalidad de garantizar el acceso a medicamentos de calidad usados en función de las necesidades de salud de la población como parte del derecho a la protección de la salud.

En aras de mejorar la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad del SSPE, durante 2010 se han adoptado varias medidas importantes: Contención del gasto en receta farmacéutica, mejora de la receta electrónica mediante el impulso de la prescripción por principio activo, fomento de actuaciones dirigidas a pacientes polimedificados, mejora de la prestación farmacéutica a pacientes de centros sociosanitarios y elaboración de una Guía de incorporación de nuevos fármacos.

Contención del gasto en receta farmacéutica

En este apartado, de los casi 390 millones de euros que suponían el presupuesto de transferencias corrientes (total de capítulo IV) para 2010, casi 380 millones, más del 97% del presupuesto total se corresponden con el gasto farmacéutico mediante receta.

Los once millones restantes (2,88%), se asignan a un conjunto de proyectos correspondientes a transferencias a familias, asociaciones o administración local para la colaboración en diversos ámbitos sociosanitarios. Este último bloque de proyectos se ha visto reducido durante 2010 en un 7% sobre los valores asignados en la Ley de Presupuestos para 2009.

Respecto al gasto en receta farmacéutica, al cierre del ejercicio 2009 presentó una tasa de crecimiento interanual en Extremadura del 8,67%, con un gasto total de trescientos cincuenta y cinco millones de euros. Para 2010 se presupuestó un gasto en receta de casi 380 millones de euros, lo que suponía reducir la tasa de crecimiento en este componente de gasto desde el 8,67% citado para 2009 hasta un 6,34%.

Sin embargo, el valor previsto para el cierre de 2010 en este proyecto de gasto se sitúa en menos de 365 millones de euros, lo que supone una tasa interanual de crecimiento del 2,58%, frente al 8,67% de 2009 y al 6,34% estimado inicialmente para 2010. El ahorro sobre los valores inicialmente presupuestados asciende a más de 13 millones de euros.

Mejora de la receta electrónica mediante el impulso de la prescripción por principio activo

Desde el SES se ha apostado por este modelo de prescripción como una importante mejora de la receta electrónica, ya que supone un conjunto de ventajas importantes para la administración, el profesional sanitario y el paciente.

Para ello se implementó, en enero de 2010, una modificación en el sistema de prescripción electrónica que permite a los profesionales prescriptores que, una vez finalizado el proceso de elección de tratamiento del paciente, puedan cambiar toda o parte de su prescripción a principio activo de forma automática, facilitándoles así este tipo de prescripción.

De este modo, el porcentaje de recetas prescritas por principio activo en Extremadura se ha duplicado en un año con el establecimiento de esta medida, pasando de un 10% en diciembre de 2009 a superar el 20% en diciembre de 2010.

En definitiva, impulsando la prescripción por principio activo, el paciente adquiere conocimientos sobre la medicación que se está administrando, contribuyendo a una educación sanitaria; y teniendo en cuenta el papel que los pacientes desempeñan en la cadena del medicamento, puede deducirse la importancia que representa el que éstos dispongan de una información y formación adecuadas respecto al mismo y todos los aspectos que le rodean.

Por otro lado, esta medida supone un ahorro importante en la prescripción, tanto para la administración como para el paciente, al promover la dispensación de medicamentos de menor precio.

Fomento de actuaciones dirigidas a pacientes polimedificados

En octubre de 2010 se puso en marcha el Programa de Apoyo al Paciente Polimedicado en Extremadura, que tiene como objetivos principales ayudar a todas las personas que, por problemas cognitivos, sensoriales (vista, oído o de manipulación), no puedan cumplir adecuadamente con el tratamiento prescrito, así como supervisar la idoneidad del tratamiento para las características específicas del paciente.

Se trata de un programa multidisciplinar, en el que participan profesionales de atención primaria (médicos, enfermeras, farmacéuticos y trabajadores sociales), junto a otros ajenos a la sanidad pública (servicios sociales de base, voluntariado de ayuda a domicilio y oficinas de farmacias voluntarias).

La población diana de este programa está constituida por todos los pacientes con más de 75 años que toman simultáneamente cinco fármacos o más de manera habitual. No obstante, la edad no es un criterio de exclusión, y cualquier persona polimeditada con independencia de su edad que tenga dificultades para seguir su tratamiento puede incluirse en el programa.

Consiste en una captación del paciente susceptible de ser incluido en el programa, siendo valorado por diversos profesionales y determinándose sus necesidades terapéuticas y sociales. Además de valorar sus necesidades, se establece un seguimiento para evitar problemas relacionados con la medicación, se facilitan pastilleros en los casos que sea necesario, se contacta con el cuidador o persona responsable, y hay una intercomunicación activa entre los profesionales para la mejora de la situación del paciente.

El Programa de Apoyo al Paciente Polimeditado en Extremadura se inició a finales de 2009, y se pretende que continúe en el tiempo, llegando a integrarse en las actuaciones habituales del SES. La incorporación de pacientes al programa se está realizando de forma progresiva, siendo un proceso que sigue en aumento y que se acompaña de un registro de detección de problemas relacionados con los medicamentos y de reacciones adversas a los mismos.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha distinguido este trabajo con uno de los Premios a la Calidad del Sistema Nacional de Salud 2009.

Mejora de la prestación farmacéutica a pacientes de centros sociosanitarios

En este ámbito, se han realizado dos actuaciones distintas con el mismo objetivo de mejorar la prestación farmacéutica a pacientes de centros sociosanitarios:

- a) Pilotaje de la implantación de un programa informático para unificar la medicación en los centros sociosanitarios: Se procedió a instaurar una base de datos con algunos centros sociosanitarios de Extremadura, interconectada con los centros del SES responsables del suministro de medicación a los mismos. Para cada paciente se crea una ficha con su tratamiento, resultados analíticos y la información que pueda ser de interés clínico.

Este sistema facilita el seguimiento de los pacientes sociosanitarios, determinando si hay problemas con la medicación, revisando la evolución de los resultados analíticos y consiguiendo una información actualizada de la situación del paciente. Al mismo tiempo, también facilita el proceso de envío de medicamentos a los centros sociosanitarios por parte de la Administración.

En 2010 se inició el pilotaje del programa informático en algunos centros sociosanitarios, con resultados muy positivos en cuanto a mejora del uso de medicamentos y el control de problemas de medicación. Está previsto que a lo largo de 2011 se extienda a todos los centros sociosanitarios con más de 50 residentes de la CAE.

- b) Pilotaje de la creación de un Plan de Trabajo común para todos los Centros Sociosanitarios de Extremadura: Un grupo de farmacéuticos ha trabajado en la elaboración de un conjunto de protocolos normalizados de trabajo (PNTs), en los que se detalle la forma de actuar en los centros sociosanitarios, abarcando todos los ámbitos: actuación con los pacientes, mantenimiento del botiquín, recepción de pedidos, atención farmacéutica, etc.

Este proyecto se ha realizado durante 2010 y se ha implementado como piloto en pequeños centros sociosanitarios. Está previsto finalizar el proyecto durante 2011, con la revisión del mismo y la puesta en común con los distintos profesionales implicados, de modo que en un futuro constituya el plan de trabajo de los farmacéuticos de atención primaria en los centros sociosanitarios.

Elaboración de una Guía de incorporación de nuevos fármacos

Basada en criterios de efectividad clínica y coste-efectividad.

Abreviaturas, acrónimos y siglas

| | |
|---------|--|
| CAE: | Comunidad Autónoma de Extremadura |
| CSD: | Consejería de Sanidad y Dependencia |
| ESCP: | Equipos de soporte de cuidados paliativos |
| ESCP: | Equipos de soporte de cuidados paliativos |
| ORCPEX: | Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura |
| PIDEX: | Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura |
| PNTs: | Protocolos normalizados de trabajo |
| PRCPEX: | Programa Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura |
| PVCPEX: | Plan de Voluntariado de Cuidados Paliativos de Extremadura |
| SEPAD: | Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia |
| SES: | Servicio Extremeño de Salud |
| SNS: | Sistema Nacional de Salud |
| SSPE: | Sistema Sanitario Público de Extremadura |
| VIH: | Virus de la inmunodeficiencia humana |



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

www.mspsi.es