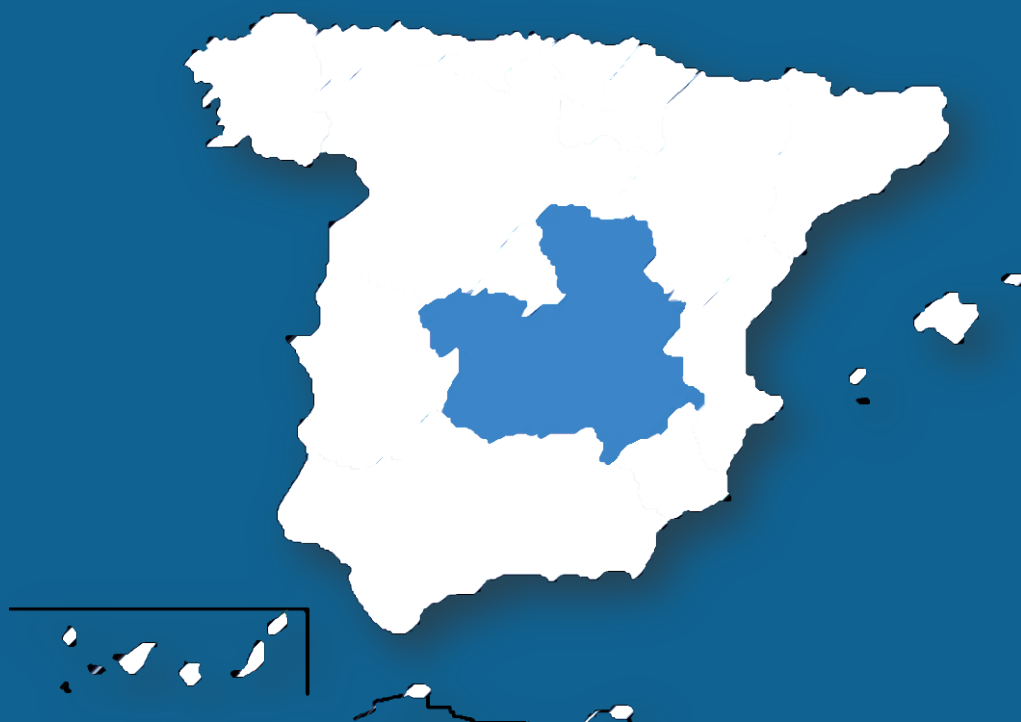


Informe anual  
del Sistema Nacional  
de Salud 2013  
Castilla-La Mancha



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

## Índice

---

Demografía y entorno económico .....	2
Resumen .....	3
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013 .....	4
1. Reforma organizativa del Servicio de Salud.....	4
1.1. Creación de las gerencias de atención integrada.....	4
1.2. Racionalización de las estructuras directivas .....	5
1.3. Reforma de la gestión de las prestaciones complementarias .....	5
2. Reordenación de la actividad asistencial .....	6
2.1. Disminución de los servicios concertados e incremento de los recursos propios.....	6
2.2. Plan de reducción de lista de espera .....	7
2.3. Resultados: incremento de la actividad, incremento de los trasplantes.....	7
2.4. Planificación de la actividad en zonas limítrofes.....	8
3. Gestión de recursos humanos .....	8
3.1. Racionalización de la estructura retributiva.....	8
3.2. Mejoras en la productividad y reducción del absentismo laboral.....	9
4. Racionalización de la gestión económico-financiera .....	9
4.1. Normalización de la gestión presupuestaria .....	9
4.2. Financiación de la deuda acumulada con oficinas de farmacia, proveedores y productos sanitarios.....	10
4.3. Reducción de los períodos medios de pago .....	11
5. Actuaciones en materia de uso racional de los medicamentos .....	11
5.1. Medidas de mejora en la calidad y eficiencia de la prescripción en Atención Primaria.....	11
5.2. Medidas de mejora en la selección eficiente de medicamentos en Atención Especializada.....	13
6. Conclusiones.....	14
Índice de tablas.....	16
Abreviaturas, acrónimos y siglas .....	17

## Demografía y entorno económico

---

	Castilla – La Mancha	España	Fuente
Población	2.083.588	46.593.236	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	50,3	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	49,6	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	15,6	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	66,5	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	17,9	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	9,1	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	7,2	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

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

## Resumen

---

La gestión del servicio sanitario público de Castilla-La Mancha en los últimos tres años ha estado marcada por el objetivo de mantener la cantidad y calidad de los servicios sanitarios en un contexto de consolidación del gasto inédito en el Sistema Nacional de Salud.

Las ganancias de eficiencia necesarias para el logro del objetivo señalado se concretaron en el Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos (agosto 2011) que ha guiado el proceso de reordenación del gasto público regional con la prioridad de preservar los servicios públicos esenciales entre los que están los servicios sanitarios.

El programa de mejora de la eficiencia en el servicio público de salud se ha articulado en base a la reforma del modelo organizativo, a la racionalización de los procesos de gestión económico-financiera y a medidas en materia de personal y de uso racional de los medicamentos. Todo ello ha permitido acometer una reordenación de la actividad asistencial, optimizando la utilización de los recursos propios, reduciendo la utilización de los recursos concertados, al tiempo que incrementando la actividad asistencial.

La creación de áreas de gestión integrada y la consiguiente racionalización de los cuadros directivos, han permitido emprender la reordenación de la actividad asistencial.

La reordenación de la actividad asistencial ordinaria del servicio de salud ha permitido prescindir en una buena parte de los conciertos externos, al tiempo que incrementar la actividad asistencial, llegando en algunos casos como en trasplantes, a cifras antes no alcanzadas. Un plan de gestión de las listas de espera quirúrgica, para consultas externas y para técnicas diagnósticas ha permitido situar las salidas para estas tres listas de espera en cifras superiores a las de 2010 y reducir en 2013 el número de pacientes en lista de espera.

Las mejoras en la actividad asistencial han sido posibles por el compromiso y el esfuerzo de la plantilla del Servicio de Salud como muestran los índices de productividad, incrementos en la jornada y reducción del absentismo laboral.

La liquidación de las deudas contraídas en ejercicios anteriores a 2011 y la reducción de los períodos de pago junto con la introducción de técnicas presupuestarias no incrementalistas en los centros de gasto han permitido reordenar y normalizar la gestión del presupuesto.

La implantación en un período de 4 meses de la receta electrónica ha permitido obtener ganancias de eficiencia en consultas y farmacias, así como mejorar la calidad y seguridad de la prestación farmacéutica. Una política de selección eficiente de medicamentos ha permitido incrementar la cuota de utilización de genéricos y reducir el diferencial de gasto medio por receta con el SNS; se ha avanzado asimismo en la gestión clínica de los medicamentos hospitalarios con la participación de los médicos.

## *Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013*

---

La Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha que se hizo cargo, en junio de 2011, tras las elecciones autonómicas, de la gestión de la sanidad regional se enfrentó a una situación inédita: mantener la actividad asistencial de las instituciones sanitarias con los créditos presupuestarios prácticamente agotados (el presupuesto sanitario estaba ejecutado en el 86,5%) y con una elevada deuda pendiente de pago de años anteriores.

En el ámbito sanitario la deuda era muy importante (en servicios, en obras, en prestaciones, en impagos a oficinas de farmacia, a los laboratorios por los medicamentos hospitalarios, en transporte sanitario, etc.) y las facturas, deuda aparte, sin pagar se contaban por cientos de miles, por valor de 1.700 millones de euros.

La complejidad de la situación demandaba una estrategia bien definida, que se plasmó en el Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos (PGSSB), un conjunto de medidas que afectaron a todas las Consejerías que componen el Gobierno Regional y que permitió articular medidas estructuradas y coherentes con el fin de cumplir dos grandes objetivos:

- garantizar los mejores servicios sociales, educativos y sanitarios, y
- arbitrar las medidas necesarias para el fomento del empleo

El PGSSB aseguró la continuidad de los servicios en un escenario económico que traía aparejada una drástica reducción de ingresos para la Junta de Castilla-La Mancha.

Una parte fundamental del PGSSB contenía actuaciones de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, ya que este departamento representa aproximadamente el 60% del techo de gasto de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. La Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales ha tenido que llevar a cabo un extenso programa de reformas estructurales con el fin de garantizar la provisión de servicios sanitarios. El criterio ordenador de este programa ha sido el de aprovechar al máximo todos los recursos disponibles en el servicio de salud reforzando su sostenibilidad.

La ejecución de la estrategia en el período agosto 2011-diciembre 2013 permitió mantener el nivel de prestación de servicios asistenciales, ordenar y estabilizar la gestión económica y financiera del Servicio de Salud, racionalizar la gestión de los recursos humanos, mejorar tecnológicamente y racionalizar la gestión de la farmacia.

## **1. Reforma organizativa del Servicio de Salud**

### **1.1. Creación de las gerencias de atención integrada**

Una vez adoptadas las medidas que aseguraban las prestaciones sanitarias y los fondos económicos necesarios para las mismas, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) centró su trabajo en ofrecer una atención sanitaria de calidad y adecuar a las necesidades de los pacientes los recursos existentes.

Una de las primeras reformas adoptadas consistió en la integración de la gestión de los servicios sanitarios de atención primaria y de atención especializada; para ello se creó mediante Orden del Consejero de Sanidad de 18 de diciembre de 2012 una nueva forma organizativa, la gerencia integrada.

En las gerencias integradas se produce la unión de ambos niveles asistenciales bajo un único gestor. La gestión integrada facilita la evolución hacia el paradigma de atención del paciente crónico y pluripatológico, que está orientando todas las iniciativas de reforma emprendidas en el dispositivo asistencial. En la gestión integrada de la prestación sanitaria se facilita la consecución de mayores niveles de continuidad asistencial, así como que el paciente sea siempre atendido en el recurso sanitario más oportuno para sus necesidades en cada momento.

El despliegue de esta nueva fórmula organizativa ha supuesto la creación de las gerencias integradas de Albacete, Almansa, Hellín, Villarrobledo, Ciudad Real, Valdepeñas, Alcázar de San Juan, Manzanares, Tomelloso, Puertollano, Cuenca, Guadalajara y Talavera de la Reina.

## **1.2. Racionalización de las estructuras directivas**

En paralelo con la reforma de las unidades de gestión se acometió la eliminación de estructuras redundantes o no estrictamente necesarias y la racionalización de los equipos directivos. El SESCAM pasó de tener 194 directivos en el año 2011 a 131 en la actualidad, lo que representó un ahorro de 3.007.246 euros al año.

## **1.3. Reforma de la gestión de las prestaciones complementarias**

En esta línea de simplificación de la estructura de gestión del SESCAM se suprimieron las Oficinas Provinciales de Prestaciones (OPP), reordenando los procedimientos de tramitación de las prestaciones sanitarias complementarias, entre las que están, por ejemplo, las ortoprótesis o la asistencia bucodental.

A partir del 1 de enero de 2013, la tramitación y el pago de estas prestaciones se ha trasladado desde las desaparecidas OPP a los propios centros hospitalarios.

Este cambio en la gestión supone, además de una utilización más eficiente de los recursos y una gestión integral del conjunto de prestaciones, la eliminación de cargas administrativas a los pacientes, en la medida que permite la tramitación de las prestaciones en el propio centro hospitalario.

## 2. Reordenación de la actividad asistencial

### 2.1. Disminución de los servicios concertados e incremento de los recursos propios

#### 2.1.1. Derivaciones a la sanidad privada y eliminación de jornadas extraordinarias

Desde 2011, la gestión aplicada en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha ha estado orientada a una decidida apuesta por el máximo aprovechamiento de los recursos propios antes que recurrir a la ayuda complementaria que puede facilitar el sector sanitario privado, habiéndose producido una reducción importante de las derivaciones a la sanidad privada. De hecho, durante 2012, se derivó solamente un 1% de los pacientes, frente al 8% que se derivó en 2010. En sólo dos años se produjo una reducción del 80%.

Asimismo, se han corregido situaciones de incentivación mal orientada que resultaban negativas para el sistema sanitario y el incentivo de los profesionales. De esta manera se han eliminado las jornadas extraordinarias, denominadas comúnmente peonadas.

El montante económico que supuso la actividad fuera de jornada ordinaria entre 2009 y 2011 alcanzó los 117 millones de euros. En la actualidad se ha superado en jornada ordinaria el volumen de actividad que se realizaba anteriormente, sumando la jornada ordinaria, extraordinaria (peonadas) y la derivación a la privada.

#### 2.1.2. Ampliación de la red sanitaria pública

Por otro lado, desde 2011 se han concretado actuaciones para potenciar la capacidad asistencial de la red sanitaria pública.

En 2013 se integró el Hospital Provincial de Toledo en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, lo que supuso que el SESCAM sumó a sus recursos 150 camas, 316 profesionales sanitarios y tres quirófanos.

A estos tres quirófanos se unen otros tres más, dos del Hospital Perpetuo Socorro de Albacete y uno del Hospital General Universitario de Ciudad Real. Por tanto, en 2013 el SESCAM amplió en seis sus quirófanos, una cifra que en 2014 llegará a 13.

También en 2013 las gestiones desarrolladas por la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales lograron retomar el proyecto para reanudar las obras del Hospital de Toledo, paralizado como consecuencia de la situación económica en que quedó la Comunidad en junio de 2011.

Se ha reforzado el liderazgo del Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo en el tratamiento de pacientes con lesión medular gracias a la acreditación como Centro de Referencia Nacional por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En materia de transporte sanitario, a finales de 2012 se puso en marcha un nuevo servicio que unificó la gestión sanitaria urgente y no urgente, y que ha permitido un ahorro



de 17 millones, el 21% del gasto, con excelentes niveles de calidad en el servicio y de satisfacción de los usuarios.

La red de asistencia sanitaria urgente se ha mejorado mediante la creación de un nuevo servicio de UVI móvil de emergencias en Azuqueca de Henares, única localidad de su tamaño que no contaba con este dispositivo, a pesar de ser el noveno municipio más poblado de la región; asimismo se ha puesto en funcionamiento un nuevo Puesto Médico Avanzado en Guadalajara (donde faltaba); y también se ha potenciado el uso de los helicópteros medicalizados.

## **2.2. Plan de reducción de lista de espera**

El Gobierno regional ha priorizado la reducción de las demoras sanitarias asignando una partida específica de 15 millones de euros para financiar en 2013 un Plan de Choque de Listas de Espera (PCLE). El Servicio de Salud de Castilla-La Mancha en aplicación de este Plan ha logrado disminuir el número de pacientes totales en listas de espera.

El Plan de Choque de Listas de Espera permitió la contratación de personal para realizar más intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y consultas lo que permitió incrementar el volumen de actividad quirúrgica y diagnóstica durante la jornada ordinaria de los diferentes hospitales del SESCAM.

Como resultado, en el año 2010 salieron 123.000 pacientes de lista de espera quirúrgica mientras que en 2013 salieron 130.000; en listas de espera de consultas externas, en 2010 salieron 1.326.000 pacientes y en 2013 un total de 1.405.000; y en la lista de espera de técnicas diagnósticas se produjeron 2.088.000 salidas de pacientes en 2010 y 3.652.000 en el año 2013.

Por lo tanto, en 2013 hubo 33.189 pacientes menos en lista de espera, de los cuales: 3.297 son en lista de espera quirúrgica, 22.078 en consultas externas y 7.814 en técnicas diagnósticas.

## **2.3. Resultados: incremento de la actividad, incremento de los trasplantes**

Las medidas adoptadas han contribuido al incremento de la actividad asistencial del SESCAM, tanto en hospitalización, actividad quirúrgica o pruebas diagnósticas, en comparación con la llevada a cabo en 2010.

En 2013 se contabilizaron 165.000 ingresos, 4.500 más que en 2010, con lo que se produjo una subida del 10%. Respecto a la actividad quirúrgica, en 2013, se realizaron 128.000 intervenciones, un 2,27% más que en 2010. Asimismo, se han atendido 830.000 urgencias en los centros hospitalarios de la región, un 3% más. En pruebas diagnósticas cabe resaltar la realización de un 25% más de mamografías; actividad toda ella desarrollada, fundamentalmente, durante la jornada ordinaria.

En 2013 se realizaron 13.058 intervenciones quirúrgicas en horario de tarde sin compensación económica adicional, un 16,83% más que en el año anterior. Y, en este

mismo horario tuvieron lugar 205.868 consultas externas, un 17,96% más que en 2012 y 82.284 técnicas diagnósticas, un 44,89% más.

Por otro lado, cabe destacar que en 2013 Castilla-La Mancha incrementó considerablemente la tasa de donación de órganos. Según los datos disponibles, la tasa de donación en la región fue de 34,7 donantes por millón de población, lo que sitúa por primera vez en la historia a la Comunidad Autónoma en la media nacional -que es de 35,1- y supone un incremento del 25,9 por ciento respecto al año anterior.

En 2013, la Unidad Autonómica de Coordinación de Trasplantes de Castilla-La Mancha registró un total de 73 donantes de órganos. El 79% de las donaciones fueron multiorgánicas y en un 71% de los casos se donaron tejidos.

En 2013, 177 castellano-manchegos fueron trasplantados de algún órgano. Esto supuso: 94 trasplantes renales, un 70% más que el año anterior; 31 trasplantes de médula ósea; y 52 trasplantes de otros órganos. En total, cuarenta y cinco más que el año anterior. Además, en 2013 se multiplicaron por 14 el número de donantes de médula ósea respecto a 2012.

## **2.4. Planificación de la actividad en zonas limítrofes**

Castilla-La Mancha por su extensión y situación geográfica en España limita con otras siete comunidades autónomas. La dispersión y la baja densidad de población caracterizan las zonas limítrofes, lo que determina condiciones específicas para la prestación del servicio sanitario a sus residentes. Un buen número de municipios de estas zonas tienen como referencia a centros sanitarios de otra comunidad autónoma.

Es por ello que la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales ha mantenido en los últimos años una intensa política de cooperación con las regiones limítrofes. Como consecuencia de esta política se han suscrito convenios para la prestación de asistencia sanitaria en zonas limítrofes con las Consejerías de Sanidad de la Comunidad Valenciana en 2012 y de Aragón en 2013.

En concreto, los ciudadanos de las zonas limítrofes pueden beneficiarse de la asistencia sanitaria de Atención Primaria y Especializada en el centro hospitalario más cercano y accesible desde su domicilio, con independencia de la comunidad a la que pertenezca el mismo.

## **3. Gestión de recursos humanos**

### **3.1. Racionalización de la estructura retributiva**

La aplicación del Plan de Garantía de los Servicios Sociales supuso un esfuerzo muy importante de todos los profesionales del SESCOAM en el ámbito retributivo que ha hecho posible asegurar la sostenibilidad del Servicio Regional de Salud de Castilla-La Mancha.

Ha sido necesario adecuar la estructura retributiva a los recursos existentes, garantizándose siempre la máxima equidad en el esfuerzo por parte de todos los colectivos

profesionales y la máxima coherencia con la estructura retributiva global del Sistema Nacional de Salud.

### **3.2. Mejoras en la productividad y reducción del absentismo laboral**

Dentro de la normativa prevista por el Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, en 2013 se ha modificado parcialmente la regulación de la Ley 1/2012, pasando a pagar, a partir de 01/01/2014 un 50% de complemento de IT en los tres primeros días e incluyendo cuatro supuestos que son retribuidos al 100% desde el primer día de la baja.

Ha aumentado la jornada laboral en 130 horas (52 x 2,5) en cómputo anual, quedando fijada en 1.645 horas (turno fijo diurno), 1.470 (turno fijo nocturno) y 1.530 (turno rotatorio) por lo que el personal estatutario ha vuelto a tener la misma jornada establecida antes de las transferencias sanitarias.

Se ha establecido la no concesión de la prolongación de la actividad profesional después de los 65 años, excepto en situaciones de necesidad asistencial.

Esto ha permitido racionalizar de una forma no traumática las plantillas y dar acceso en su caso a profesionales jóvenes que, de otra manera, hubieran tenido muy difícil su incorporación al sistema sanitario público.

De igual manera se han realizado convocatorias anuales de personal emérito para seguir contando con la experiencia y conocimiento de algunos de los profesionales que se han jubilado.

Relacionado con los recursos humanos y su profesionalización, Castilla-La Mancha ha organizado, de forma pionera, un Programa de Dirección Sanitaria para profesionalizar y formar a los gestores de la Región, con el objetivo de profesionalizar al máximo la gestión sanitaria.

## **4. Racionalización de la gestión económico-financiera**

### **4.1. Normalización de la gestión presupuestaria**

Como ya se ha comentado anteriormente, la situación económica encontrada en 2011 fue compleja: inexistencia de créditos presupuestarios, gastos pendientes de contabilizar y de pagar. Esta crítica situación financiera suponía un riesgo cierto para la continuidad en la prestación del servicio a corto y a largo plazo.

Por otra parte, se ponía de manifiesto que el nivel de gasto alcanzado por el servicio de salud resultaba insostenible con los ingresos expresados en el presupuesto en vigor en 2011 situación que se agravaba con la reducción de ingresos que se produjo a partir de ese

año. A la carencia de recursos presupuestarios se unía la imposibilidad de acudir al mercado financiero para financiar el déficit.

Con el objeto de ordenar la situación financiera del SESCAM se procedió, en primer lugar, a establecer la magnitud de la misma, a fin de que el Gobierno pudiera promover en las Cortes de Castilla-La Mancha la aprobación de un crédito suplementario en diciembre de 2011, lo que permitió el reconocimiento y la contabilización de la deuda existente.

De esta forma, en 2012 se pudo pagar la mayor parte de esta deuda, principalmente a través de la vía de pago articulada mediante el Mecanismo Extraordinario de Pago a Proveedores (MEPP), habilitado por el Instituto de Crédito Oficial (ICO).

La normalización de la situación presupuestaria permitió elaborar un presupuesto para 2012 ajustado a las necesidades del gasto y recuperar el presupuesto como instrumento básico y fundamental para la gestión del gasto.

Una vez eliminada la bolsa de deuda, los pagos del ejercicio corriente se han venido realizando a través de dos vías:

- la ordinaria, basada en los fondos propios con que contaba la Tesorería de la Junta y
- la llevada a cabo a través del Fondo de Liquidez Autonómica (FLA)

Por otro lado, a finales de 2012 se pudo abonar a 26.000 profesionales del SESCAM una deuda de 30 millones de euros por el suplemento de productividad pendiente de pago desde 2010.

Además, hubo que hacer frente a otras deudas de ejercicios anteriores como: suministros de implantes, por un valor de 34.748.097 euros; productos farmacéuticos (9 meses de deuda farmacéutica); hemoderivados por un valor de 4.263.467 euros; o deudas a la sanidad privada por importe de casi 200 millones de euros, entre otras muchas.

Por otro lado, se ha llevado a cabo una reforma en la metodología de elaboración del presupuesto del SESCAM, abandonando el criterio incrementalista e introduciendo el Presupuesto Base Cero. Esto ha supuesto revisar todas las partidas de gasto e identificar las potenciales mejoras en la eficiencia. En la distribución del presupuesto a los centros gestores, en lugar del criterio de gasto histórico, se ha tenido en cuenta la actividad asistencial real y se han introducido ajustes capitativos en las partidas de gasto asignadas, en lugar del criterio de gasto histórico.

Junto a la mejora de la programación presupuestaria se ha llevado a cabo un intenso esfuerzo para mejorar la gestión del presupuesto centrado en un riguroso control y seguimiento de la ejecución presupuestaria, principalmente a partir del seguimiento de los contratos de gestión firmados con las gerencias de atención integrada.

## **4.2. Financiación de la deuda acumulada con oficinas de farmacia, proveedores y productos sanitarios.**

La deficiente programación presupuestaria afectó en particular al crédito para pagar las recetas dispensadas por las oficinas de farmacia; en el verano de 2011 el presupuesto para

farmacia estaba agotado hasta final de año. A lo largo de 2011 se trabajó conjuntamente con el Consejo Regional de Farmacéuticos para encontrar las soluciones financieras necesarias. Desde enero de 2012 se ha pagado regularmente la factura de farmacia.

Fruto del clima de entendimiento con el Consejo Regional se alcanzó un Acuerdo de Colaboración con el Consejo de Colegios de Farmacéuticos para la Legislatura que permitió avanzar en otros aspectos estratégicos de la farmacia como la receta electrónica o la reforma del marco reglamentario.

La mejora de las condiciones de prestación del servicio en las farmacias rurales ha representado uno de los ejes prioritarios de actuación. Esta prioridad se justifica por el peso de la farmacia rural en Castilla-La Mancha dadas sus características socio-demográficas. Las actuaciones se han centrado en la introducción en febrero de 2012 de la mejora en el margen de dispensación en aquellas farmacias con un volumen de ventas reducido por un lado, y en la racionalización de horarios, turnos de guardia y vacaciones, por otro.

### **4.3. Reducción de los períodos medios de pago**

La liquidación de la deuda atrasada y la mejora en la programación y gestión presupuestarias han permitido rebajar de forma drástica los períodos medios de pago a los proveedores externos del SESCAM, en particular, a laboratorios farmacéuticos y proveedores de material sanitario con los cuales se acumulaban las mayores demoras.

## **5. Actuaciones en materia de uso racional de los medicamentos**

### **5.1. Medidas de mejora en la calidad y eficiencia de la prescripción en Atención Primaria**

#### **5.1.1. Implantación de la receta electrónica**

La receta electrónica se desplegó, tras un período de prueba de dos meses, de forma satisfactoria a la totalidad de los 203 centros de salud del SESCAM y a prácticamente la totalidad de las 1.274 farmacias de la región entre los meses de marzo y junio de 2013, lo que supone un récord en tiempo de implantación en el SNS. El 31,6% del total de recetas facturadas en 2013 fue en formato electrónico, reduciéndose con ello el gasto de facturación para las farmacias y liberando tiempo de gestión de la facturación que revierte en otras actividades asistenciales de la oficina de farmacia.

Para valorar esta mejora es preciso tener en cuenta la dispersión geográfica de Castilla-La Mancha que representa un reto para cualquier proyecto tecnológico de la envergadura que tiene la receta electrónica.

En el primer año de implantación se han hecho patentes los beneficios de esta mejora tecnológica: 2.217 facultativos han podido realizar un total de 24.605.339 recetas electrónicas a 679.215 pacientes liberando tiempo para dedicar al resto de actividades clínicas; la receta electrónica ha permitido reducir el número de desplazamientos a los

centros de salud a estos pacientes; en 2013 las farmacias de la región facturaron 13.171.399 recetas electrónicas, el 31,6% del total de recetas, reduciendo con ello el coste de gestión de la factura y liberando tiempo para dedicar a otras actividades profesionales.

### 5.1.2. Selección eficiente de medicamentos

El SESCAM ha desarrollado iniciativas de apoyo a la decisión clínica en materia de selección de medicamentos para promover la calidad y eficiencia de la prescripción. En particular se ha introducido en los sistemas de prescripción información relacionada con las alternativas terapéuticas más eficientes en los grupos de fármacos más prescritos: inhibidores de la bomba de protones, estatinas, antagonistas de los receptores de la angiotensina II, inhibidores de la ciclooxigenasa 2 y los medicamentos para la incontinencia de urgencia.

### 5.1.3. Incremento en la utilización de medicamentos genéricos

La política de uso racional del medicamento del SESCAM prioriza la prescripción de genéricos. En 2013 los medicamentos genéricos representaron el 46,35% del total de envases facturados al SESCAM, con un crecimiento del 7,72% sobre 2012; el 19,6 del total del gasto fue en medicamentos genéricos. En 2010, la tasa de genéricos fue del 24 % en envases y el 9,84% en importe.

### 5.1.4. Implantación de la reforma para la mejora de la equidad en la prestación farmacéutica

La reforma de la aportación del ciudadano en la prestación farmacéutica ha representado un esfuerzo de gestión para el SESCAM y para las oficinas de farmacia que ha permitido introducir, con un muy reducido número de incidencias, una mejora sustancial en la gestión de la prestación farmacéutica. La nueva regulación de la aportación introduce un factor de moderación en la utilización no justificada de medicamentos, permite discriminar en la aportación en función del nivel de ingresos de los perceptores de la prestación farmacéutica (equidad) y contempla la exclusión de la aportación de colectivos económicamente vulnerables que en la regulación anterior estaban obligados a aportar cantidades importantes no proporcionadas con su capacidad de pago.

En 2013, estuvieron exentas de aportación 89.271 personas, entre ellas, más de 30.000 personas desempleadas sin ingresos que antes de la reforma estaban obligadas al pago del 40% del coste de los medicamentos.

Con esta aportación se ha aplicado un incentivo efectivo para frenar el despilfarro en el consumo de medicamentos. Antes de ello, en España se tiraban al punto SIGRE 3.700 toneladas de medicamentos ya pagados y tirados sin utilizar. De esta cantidad total, el 4,5 por ciento, es decir, 166,5 toneladas, corresponden a medicamentos que se tiraban en Castilla-La Mancha.

### 5.1.5. Disminución en el diferencial con el SNS del gasto medio por receta

En 2013 el diferencial del gasto medio por receta de Castilla-La Mancha respecto de la media nacional se ha reducido 0,31 euros por receta, lo que supone una disminución del 3,08% igualándose prácticamente con la media:

Tabla 5.1. Gasto medio por receta

	Año 2013 euros	Año 2012 euros
Castilla-La Mancha	10,7	11,0
Nacional	10,7	10,7
Diferencia	0,0	0,3

Fuente: SESCAM. Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad.

### 5.1.6. Disminución del gasto farmacéutico por receta

En 2013 el número de recetas facturadas y el gasto farmacéutico de Castilla-La Mancha se redujeron más que la media nacional.

Se facturaron 41.590.316 recetas, con una reducción del 6,29%, y el gasto farmacéutico fue de 464.711.351 euros, un 9,24% menos que en 2012.

## 5.2. Medidas de mejora en la selección eficiente de medicamentos en Atención Especializada

### 5.2.1. Grupos de trabajo sobre terapias de alto coste

En 2013 se impulsaron los siguientes grupos de trabajo multidisciplinares para promover la selección y utilización eficiente de los medicamentos en el ámbito hospitalario:

- Uso AntiTNF en Digestivo, Dermatología y Reumatología
- Hemofilia
- Cáncer de mama Her2+
- Palivizumab en la infección por el virus respiratorio sincitial
- Utilización de fármacos anti-VEGF en DMAE, edema macular diabético y edema macular secundario a oclusión venosa retiniana
- Cáncer renal metastásico
- Medicamentos para el Alzheimer
- Factores estimulantes de la eritropoyesis
- Cáncer de próstata
- Leucemia mieloide crónica
- Mieloma múltiple

- Esclerosis múltiple
- Cáncer de colon metastásico
- Terapia antirretroviral
- Hemoglobinuria paroxística nocturna
- Bevacizumab en todas las indicaciones menos en cáncer colorrectal

### 5.2.2. Repercusión en la disminución de gasto

El gasto farmacéutico hospitalario en el periodo 2002-2012 en Castilla-La Mancha ha venido creciendo a una media del 12,7% anual.

En 2013 se ha contenido esta tendencia, con un crecimiento inferior a la mitad. Las compras hospitalarias de medicamentos han supuesto 197.743.760 euros, un 6,06% más que en 2012.

Por terapias los mayores descensos los hemos obtenido en las siguientes:

Tabla 5.2. Terapias hospitalarias con mayor porcentaje de descenso en el gasto

Terapia de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE)	-72,1
Tratamiento de la infertilidad	-40,6
Tratamiento con hormona de crecimiento	-29,4
Tratamientos antibacterianos	-23,9
Tratamientos con palivizumab	-18,2
Terapia de la hemofilia	-11,5
Terapia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana	-7,7
Hemoglobinuria paroxística nocturna	-5,6
Terapias biológicas en dermatología	-5,5

Fuente: SESCOAM. Dirección General de Atención Sanitaria y Calidad.

## 6. Conclusiones

2013 ha sido un año importante en la consolidación de los esfuerzos que ha hecho esta Comunidad Autónoma y que ha permitido la sostenibilidad del sistema sanitario público después de unos años de gran déficit y endeudamiento que lo pusieron al borde del colapso.

Por otra parte, se han introducido mejoras significativas en el ámbito organizativo orientadas a la transversalidad de la atención sanitaria y a una mejor asistencia a la cronicidad.

Además, se ha mejorado sustancialmente el rendimiento asistencial lo que ha redundado en una reducción progresiva del número de pacientes en lista de espera.



Se han introducido asimismo innovaciones desde las tecnologías de la información como la receta electrónica que a su vez tienen un fuerte impacto en la mejora de la asistencia sanitaria.

## *Índice de tablas*

---

Tabla 5.1. Gasto medio por receta .....	13
Tabla 5.2. Terapias hospitalarias con mayor porcentaje de descenso en el gasto .....	14

## *Abreviaturas, acrónimos y siglas*

---

### **D**

DMAE: Degeneración Macular Asociada a la Edad

### **F**

FLA: Fondo de Liquidez Autonómica

### **I**

ICO: Instituto de Crédito Oficial

IT: Incapacidad temporal

### **M**

MEPP: Mecanismo Extraordinario de Pago a Proveedores

### **O**

OPP: Oficina Provincial de Prestaciones

### **P**

PCLE: Plan de Choque de Listas de Espera

PGSSB: Plan de Garantía de los Servicios Sociales Básicos

### **S**

SESCAM: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

SIGRE: Sistema Integrado de Gestión de Residuos de los medicamentos y de sus Envases