

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010 Aragón



Resumen

La Ley 6/2002 de Salud de Aragón establece el **Sistema de Salud de Aragón** como el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma cuyo objetivo último es la mejora del nivel de salud, tanto individual como colectiva, su mantenimiento y recuperación a través de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención sanitaria y la rehabilitación e integración social.

Entre sus objetivos está el de asegurar la efectividad, la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios, y entre sus características el uso preferente de los recursos sanitarios públicos en la provisión de los servicios.

En el año 2010, el entorno de crisis económica obliga a priorizar las actuaciones encaminadas a mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema a través por un lado del impulso de las actuaciones sobre las que hay evidencia contrastada de su efectividad en la mejora de los resultados en salud y de su pertinencia respecto a las necesidades de la población; y, por otro, mejorando la organización del sistema y la gestión de sus recursos. Otro aspecto de mejora en el que se ha actuado en 2010 es el de la coordinación con otros recursos públicos y privados, de forma que se optimice la utilización de todos los recursos sanitarios para la atención a las necesidades de la población.

Entre las estrategias puestas en marcha destacamos por el lado organizativo la regulación de la incorporación de nuevos servicios a la cartera del sistema, primando criterios de efectividad y eficiencia, la reordenación de unidades clínicas para aprovechar economías de escala y garantizar la seguridad y calidad asistencial, la colaboración y coordinación con otras instituciones públicas y sin ánimo de lucro en la prestación de servicios a la población, complementando la oferta del servicio Aragonés de la Salud, o asumiendo la asistencia a una población determinada.

Entre las estrategias de impulso de actuaciones efectivas, destacamos los programas de cribado de cáncer de mama y colon, y las estrategias de cuidados crónicos y paliativos, así como el tratamiento renal sustitutivo.

Respecto a las estrategias dirigidas a la prestación farmacéutica destacamos la implantación de la receta electrónica, la regulación de la Comisión de Evaluación de Medicamentos (CEMA), la actuación sobre pacientes polimedcados, el impulso de la prescripción por principio activo, y las actuaciones sobre algunos grupos de medicamentos (productos dietoterápicos, productos de especial seguimiento,...) .

Por el lado de la gestión de personal, se ha suspendido la implantación de la carrera profesional sanitaria y se ha regulado el procedimiento para nombramientos eventuales en instituciones sanitarias.

Finalmente, en lo que respecta a la gestión de compras, se han potenciado las estrategias de selección y compra centralizada de productos y medicamentos, se ha mejorado la eficiencia en el consumo de productos por pacientes crónicos y residencias, se ha mejorado en los mecanismos de contratación centralizada de determinados servicios y en los pagos a proveedores y se ha actuado sobre el consumo de energía y agua.

Con la puesta en marcha de estas estrategias se ha contenido el crecimiento interanual del gasto corriente, llegándose a un -0,1 % en gasto total, y a un -2,5 % en gasto farmacéutico.

1 Introducción

La Ley 6/2002 de Salud de Aragón establece el **Sistema de Salud de Aragón** como el conjunto de recursos, medios organizativos y actuaciones de las Administraciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma cuyo objetivo último es la mejora del nivel de salud, tanto individual como colectiva, su mantenimiento y recuperación a través de la promoción y protección de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención sanitaria y la rehabilitación e integración social.

Entre sus objetivos está el de asegurar la efectividad, la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios, y entre sus características el uso preferente de los recursos sanitarios públicos en la provisión de los servicios.

El Sistema de Salud de Aragón se organiza en **demarcaciones territoriales** denominadas **Sectores de Salud**, existiendo ocho Sectores Sanitarios, y **zonas básicas de salud**.

Las prioridades estratégicas del Departamento de Salud y Consumo en el año 2010 se encuentran alineadas con los objetivos estratégicos marcados para el periodo 2007-2011:

- Respecto a los **ciudadanos**: que estos alcancen una mayor autonomía y responsabilidad sobre su salud y las decisiones relacionadas con la misma.
- Respecto a los **usuarios**: potenciar su función de regulador y de cliente de los servicios sanitarios asegurándoles una participación, información y elección real y significativa.
- Respecto a los **profesionales**: facilitar su desarrollo profesional garantizando y reconociendo la formación continuada de los mismos e incorporando la función de investigación como consustancial con su trabajo cotidiano. Además, se pondrá a su disposición una oferta (instalaciones, equipamientos, tecnología) eficaz y que incorpore los avances contratados de las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

Orientando la organización y la gestión hacia el desarrollo de la gestión clínica: descentralizando las decisiones clínicas en un entorno de autonomía y responsabilidad de los profesionales.

En el año 2010, el entorno de crisis económica obliga a priorizar las actuaciones encaminadas a mejorar la eficiencia y sostenibilidad del sistema a través por un lado del impulso de las actuaciones sobre las que hay evidencia contrastada de su efectividad en la mejora de los resultados en salud y de su pertinencia respecto a las necesidades de la población; y, por otro, mejorando la organización del sistema y la gestión de sus recursos. Otro aspecto de mejora en el que se ha actuado en 2010 es el de la coordinación con otros recursos públicos y privados, de forma que se optimice la utilización de todos los recursos sanitarios para la atención a las necesidades de la población.

2 Estrategias de mejora

2.1 Relacionadas con la organización asistencial y oferta de servicios

Cartera de servicios

La incorporación de nuevos servicios a la oferta de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón se encuentra regulada desde el año 2007, por medio de la *Comisión de Evaluación de la Cartera de Servicios Sanitarios de Aragón*, órgano consultivo del Departamento responsable de salud, encargado del estudio, análisis y valoración de las propuestas de actualización de la cartera de servicios sanitarios (entendidos con actividades, técnicas y procedimientos).

Esta valoración se realiza con criterios de efectividad, evidencia científica, accesibilidad, calidad (volumen y competencia de los profesionales), seguridad, capacidad de sustitución y eficiencia. En la misma participan las asociaciones de pacientes y usuarios.

En el año 2010, se analizaron 31 **solicitudes**, de las que 17 fueron evaluadas favorablemente para su incorporación a la cartera de servicios del sistema.

Ordenación de unidades clínicas

A través de instrucciones del Departamento responsable de salud, se han creado nuevas Unidades Clínicas y Unidades Funcionales de Referencia. De esta forma, se ha ordenado la cartera de servicios de algunas Unidades que abordan enfermedades que por su baja prevalencia o que para su adecuada atención, requieren técnicas, tecnologías y procedimientos de elevado nivel de especialización que, atendiendo a su relación coste-efectividad y a los recursos disponibles, precisan de la concentración de los casos. En estas instrucciones se establecen criterios para la indicación de las técnicas y procedimientos así como para la derivación de los pacientes. Estas nuevas unidades clínicas creadas extienden su ámbito de actuación a varios hospitales dentro de la Comunidad Autónoma.

Dentro de esta estrategia de ordenación de las Unidades clínicas con el objetivo de mejorar la calidad y la eficiencia en la utilización de los recursos, se ha fomentado la coordinación entre unidades clínicas de diferentes sectores para la prestación coordinada de su cartera de servicios.

2.2 Relacionadas con otros proveedores sanitarios

Para garantizar el derecho a la salud en términos de equidad y eficiencia en Aragón se han adoptado medidas para incorporar como prestadores de servicios a aquellos centros

de titularidad pública, privados o sin ánimo de lucro que complementan con un evidente ahorro económico la red de prestación sanitaria pública en Aragón.

Los servicios y prestaciones sanitarias objeto de concertación regulados en la Orden de 27 de abril de 2007 del Departamento de Salud y consumo por la que se regula la acción concertada en materia de prestación de servicios sanitarios son:

a) *Procedimientos quirúrgicos.*

b) *Procedimientos diagnósticos.*

c) *Procedimientos terapéuticos.*

d) *Servicios sociosanitarios.*

e) *Servicios de salud mental.*

f) *Actividad asistencial.*

g) *Atención bucodental infantil.*

h) *Otros servicios sanitarios establecidos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud o en la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón.*

i) *Servicios de atención a las drogodependencias.*

Las modalidades de concertación y siempre según lo establecido en la Ley de contratos del sector público que son de aplicación en nuestro ámbito se pueden resumir en:

- Contratos Marco para la selección de empresas e instalaciones para la realización de procedimientos, procesos y actividades. Sobre las condiciones fijadas en los Contratos Marcos se realizarán Procedimientos Negociados en los que se determinarán los procedimientos concretos a efectuar, su número, el período de ejecución, otras condiciones específicas y el precio, que habrá de ser igual o inferior al precio marco adjudicado en el concurso.
- Convenios singulares de colaboración: El Gobierno de Aragón, a través del Departamento de Salud y Consumo, podrá suscribir convenios singulares con entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro en los que se establezca la vinculación de centros sanitarios con la red sanitaria pública mediante un régimen de funcionamiento programado y coordinado con el de los centros sanitarios del Sistema de Salud de Aragón. Estos convenios de colaboración podrán realizarse para dos modalidades de asistencia:
 - Complementarios de la red pública, cuando realicen parte de la cartera de servicios o de la actividad de uno o varios centros de la red pública de asistencia sanitaria. En el convenio se especificarán los tipos de servicios a prestar, la oferta asistencial, el volumen de actividad, la financiación y los mecanismos de coordinación asistencial y de información con los centros de la red pública que complementen.
 - Sustitutorios, cuando se realicen para prestar parte de la cartera de servicios del Sistema de Salud de Aragón a una población determinada y que queda adscrita al centro conveniado. En el convenio se especificará la población asignada, así como los tipos de servicios a prestar, la oferta asistencial, el volumen de actividad, la financiación y los mecanismos de evaluación y control.
- Contratos de gestión de servicios públicos para la prestación de servicios sanitarios, bajo la modalidad de concierto, con personas naturales o jurídicas que vengan realizando prestaciones análogas.

Dentro de estas modalidades, en Aragón se han establecido:

Convenios con otros organismos públicos

Mutua de Accidentes de Zaragoza (MAZ). Con el Hospital MAZ de Zaragoza, establecimiento sanitario dependiente patrimonialmente y financieramente del Ministerio de Trabajo e Inmigración y perteneciente a MAZ, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 11, Entidad Colaboradora en la gestión de la Seguridad Social., se ha contratado la prestación de la atención traumatológica para los pacientes adscritos al Sector I de Zaragoza. Este contrato se ha formalizado mediante la modalidad de convenio sustitutorio, con una tarifa capitativa por habitante y año, para una población de 24.785 habitantes lo que supuso un presupuesto de 378.928,72 euros. En el año 2010 se han realizado 11.180 consultas y 301 Intervenciones quirúrgicas.

Hospital General de la Defensa. En el año 2008 se firmó un convenio de colaboración entre el Ministerio de Defensa y la Consejería de Salud y Consumo de la Comunidad Autónoma de Aragón, para la utilización conjunta de determinados recursos sanitarios, entre los que se encuentra el Hospital General de la defensa de Zaragoza. En el año 2010, en este convenio se distinguen 4 modalidades diferentes:

- Asistencia sanitaria a la población asignada de 3 zonas de salud, con un total de 35.373 habitantes, como Hospital sustitutorio para toda su cartera de servicios.
- Apoyo al Hospital “Nuestra Señora de Gracia” como recurso complementario mientras continúen las obras de remodelación del centro para el traslado de las Unidades Quirúrgicas y de Hospitalización de Cirugía General y de Cupo, Ginecología, y los Servicios de Anatomía Patológica, Esterilización, Unidad de Salud Mental Ambulatoria y Servicio de Anestesia.
- Apoyo en reducción Demora Quirúrgica y de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y consultas externas. Modalidad complementaria. El Ministerio de Defensa apoyará en los Programas de Garantías de demora con los recursos tanto del Hospital General de la Defensa de Zaragoza como del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

El importe estimado para el año 2010 es de 2.562.207€.

Convenios con instituciones sin ánimo de lucro

Hospital San Juan de Dios. El Hospital San Juan de Dios de Zaragoza es un centro de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. El día 6 de junio del 2.007 se formaliza un Convenio Singular de Colaboración entre el Gobierno de Aragón y la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios – Provincia de Aragón en la modalidad de convenio complementario para la prestación de asistencia sanitaria. El Convenio de referencia, actualmente en vigor, tiene un período de duración de 5 años, pudiendo prorrogarse anualmente hasta un máximo de 10 años. Por este Convenio el Hospital se considera como un hospital de pacientes crónicos dependientes adscrito al sector Zaragoza II. Los servicios proporcionados incluyen la hospitalización (para pacientes agudos, convalecientes con y sin rehabilitación, y para cuidados paliativos), la atención ambulatoria en hospital de día, rehabilitación ambulatoria, consultas externas, y atención domiciliar por ESAD. Se incluye en el convenio asimismo la hemodiálisis y la atención bucodental infantojuvenil. Para el año 2010, el importe del Convenio ascendió a un total

de 11.584.975 €. Dentro del Convenio se atendieron 1432 episodios de hospitalización, 228 de hospital de día, 553 de rehabilitación ambulatoria, 692 de atención domiciliaria y 610 de atención bucodental, junto con 4.000 sesiones de hemodiálisis.

Fundación ALCER. Desde 2005 se han venido formalizando convenios de colaboración entre el Gobierno de Aragón y la Federación ALCER Aragón para la Gestión de desplazamientos de personas en tratamiento de hemodiálisis en la comunidad Autónoma de Aragón. En el año 2010 se han realizado 51.973 servicios para 411 pacientes.

Convenios para la red de rehabilitación de Salud Mental. La red de rehabilitación de Salud Mental se articula mediante la Comisión para Ingresos y Seguimiento de Pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud Mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabitación, regulada por la Orden de 27 de junio de 2008 de la Consejera de Salud y Consumo.

Se consolida el recurso Centro de día de Salud Mental Infanto Juvenil, creado junto con Educación, cuyo objetivo era no solo la atención intensiva a los menores con enfermedad mental grave, sino vertebrar la red de Salud Mental Infanto Juvenil. Se reúne cada dos meses una Comisión de Ingresos (mixta, con profesionales sanitarios y educativos), que recibe las solicitudes de atención en el Centro, solicitudes hechas por los facultativos de las Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil, y se ponen en conocimiento del sistema sanitario, desde el educativo, las sospechas de problemas de Salud Mental detectadas en colegios e institutos.

Se crea y consolida una estructura de coordinación de la red de atención a las drogodependencias. Cada dos meses se reúnen responsables de las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (una o dos por sector sanitario) y de las Comunidades Terapéuticas de deshabitación. Se trabaja en el diseño de la sectorización, elaboración de la cartera de servicios, elaboración de protocolos, etc.

Se trabaja intensamente la coordinación con servicios sociales, en general, y en particular en la transformación de las Unidades de Larga Estancia hacia un entorno residencial.

El sistema público de salud carece de los recursos necesarios para atender todas las necesidades asistenciales y rehabilitadoras de los enfermos de salud mental crónicos por lo que ha sido necesario contratar y convenir la mayoría de ellas con entidades privadas sin ánimo de lucro que actúan en la Comunidad autónoma de Aragón y que se encuentran autorizadas por la Administración para la actividad requerida.

Algunas de estas entidades gestionan casi de forma integral la atención en salud mental de rehabilitación de las zonas de salud asignadas:

- En las cinco villas donde se presta por parte de la sociedad Ejea Cooperativa distintos servicios: Larga estancia, Centro de día, Pisos supervisados, Centro de Inserción laboral, Equipo de Apoyo social comunitario, Centros de salud mental y unidades de Asistencia y seguimiento de adicciones (UASA).
- En el sector I de Zaragoza a través de la Fundación Rey Ardid: centro de día, Pisos, apoyo social comunitario, centro de inserción laboral o centro de media estancia.
- En el sector de Huesca a través de la Fundación Agustín Serrate: centro de día, pisos, centro de inserción laboral

En conjunto se trabaja con 18 entidades diferentes en todo el ámbito de la Comunidad Autónoma. En la Tabla 1 se presentan una descripción de los recursos concertados.

Tabla 1. Recursos concertados en salud mental.

Nombre del recurso	Nº plazas concertadas
Alternativas residenciales comunitarias	
<i>Mini-residencia</i>	9
<i>Pisos tutelados</i>	112
Unidades rehabilitadoras de larga estancia	76
Unidades rehabilitadoras de media estancia	39
Centros de día de soporte social	335
Centros de inserción laboral	187
Equipos de apoyo social comunitario	103
Comunidad terapéutica	35
Población adscrita	
Unidades de asistencia y seguimiento de adicciones	529.129 habitantes
Centros de salud mental	80.116 habitantes

Convenios para tratamientos de Rehabilitación. El Departamento de Salud en colaboración con las entidades Disminuidos Físicos de Aragón (DFA), Fundación Aragonesa de Esclerosis Múltiple (FADEMA) y Ayuntamiento de Calanda firmó un convenio de colaboración para prestar asistencia de rehabilitación ambulatoria, a los pacientes correspondientes al Sector I de Zaragoza, y para el Sector de Alcañiz (Teruel). Este convenio se dirige a la prestación de tratamientos ambulatorios de rehabilitación. En conjunto se ha atendido a 2.164 pacientes por un importe total de 295.000 €.

Convenio para la atención de Psicooncología. La Cartera de servicios del Departamento de Salud y Consumo establece que los pacientes oncológicos tengan asegurado el acceso al apoyo psicológico en el momento del diagnóstico y a lo largo de todo su proceso, dicho apoyo se extenderá también a los familiares directos del paciente que lo precisen. Para este fin se han establecido convenios con la Asociación de Mujeres Aragonesas con Cáncer Genital y de Mama (AMACGEMA) para los Sectores Sanitarios I, II y III de Zaragoza y de Calatayud, con la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), para los Sectores Sanitarios de Huesca, Barbastro, Alcañiz y Teruel, y con la Asociación de Padres de Niños Oncológicos de Aragón (SPANOA) para la asistencia psicológica a niños oncológicos y/o familiares de toda la Comunidad Autónoma de Aragón.

En cada uno de los sectores se dispone de un psicólogo de la asociación, con una dependencia funcional del Servicio o Unidad de Psiquiatría del Centro de referencia, para prestar el apoyo psicológico a los pacientes oncológicos y/o familiares en primer grado que le sean remitidos por el Servicio de Oncología, los médicos de Atención Primaria/Pediatría y los servicios o Unidades de Psiquiatría.

Convenio con el Colegio de Ópticos. La prevención de los problemas visuales y la mejora de la salud visual de los aragoneses es uno de los objetivos del Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón, para lo que se firmó el correspondiente convenio con la Delegación de Aragón del Colegio Nacional de Ópticos-Optometristas, para la prevención de problemas visuales y promoción de la visión, dirigidos a usuarios mayores de 14 años que consultan para graduación visual y derivados desde el servicio Aragonés de Salud. Durante el año 2010 se adhirieron 116 establecimientos al Convenio.

Consorcio sanitario de alta resolución

El Consorcio de Salud de Aragón es una entidad jurídica pública, de carácter asociativo y voluntario, con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar, y se encuentra integrado por el Departamento responsable de Salud del Gobierno de Aragón, el Ayuntamiento de Ejea de los Caballeros, el Ayuntamiento de Fraga, el Ayuntamiento de Jaca, el Ayuntamiento de Tarazona y MAZ, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

El Consorcio se configura como una entidad del Sistema de Salud de Aragón, adscrito funcionalmente a la Administración Sanitaria del Gobierno de Aragón.

El número de miembros del Consorcio podrá ser ampliado con la admisión de nuevas Administraciones Públicas Locales, entidades públicas, o personas jurídico-privadas, carentes de ánimo de lucro, que puedan colaborar en los objetivos del Consorcio o que mantengan intereses comunes con el mismo.

En todo caso, el departamento responsable de salud mantendrá en el Consorcio una proporción equivalente al cincuenta y uno por ciento, como mínimo; repartiéndose entre las demás entidades consorciadas el porcentaje restante.

El Consorcio tiene por objeto dirigir y coordinar la gestión de los centros, servicios y establecimientos de la atención sanitaria comprometidos en el área territorial que se le asigne por el Departamento responsable de Salud, y que actualmente se corresponde con las comarcas de Ejea de los Caballeros, Fraga, Jaca y Tarazona, agrupando todas ellas una población de 120.000 habitantes a los que desde los centros del CASAR se les presta la cartera de servicios de Atención Especializada.

La creación del Consorcio ha permitido la inclusión en el Sistema de Salud de 4 centros sanitarios repartidos por el territorio, lo que mejora de forma importante la accesibilidad de los ciudadanos a la asistencia sanitaria especializada en todo el territorio aragonés. Otro aspecto a tener en cuenta en el funcionamiento del Consorcio es la eficiencia, tanto por la incorporación al sistema de recursos materiales y humanos de otras entidades públicas (Ayuntamientos y MATEPSS), como por una mayor flexibilidad en las formas de gestión de personal y de contratación.

En el año 2010, el CASAR dispone de 80 camas de hospitalización, quirófanos y locales de consulta distribuidas por las principales cabeceras comarcales, con una actividad de 2.239 ingresos hospitalarios, 2.125 intervenciones quirúrgicas y más de 105.000 consultas externas.

2.3 Relacionadas con las estrategias de salud efectivas

Atención al cáncer de mama y cáncer de colon

En el marco de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, el Departamento de Salud y Consumo priorizó las actuaciones a desarrollar en la atención a los procesos de cáncer de colon y mama por ser los más prevalentes. En este sentido se elaboraron los procesos de atención al cáncer de mama y colon que se publicaron en enero de 2009.

Así, para ambos tipos de procesos se definieron los diferentes subprocesos de atención sanitaria y los estándares de calidad en cuanto a tipo de atención y tiempos de respuesta. En el cáncer de colon se diseñaron los subprocesos de diagnóstico, consulta de Aparato Digestivo/ Cirugía - estudio de extensión, subproceso quirúrgico – ingreso hospitalario, subproceso de tratamiento postquirúrgico (Oncología médica/Oncología radioterápica), subproceso de apoyo psicológico y subproceso de seguimiento.

Para el cáncer de mama se definieron los subprocesos de diagnóstico, consulta de cirugía - estudio de extensión, subproceso de anestesia, subproceso quirúrgico – ingreso hospitalario, subproceso de tratamiento postquirúrgico (Oncología médica/Oncología radioterápica), subproceso de rehabilitación, subproceso cirugía plástica – reconstrucción mamaria, subproceso de apoyo psicológico y subproceso de seguimiento.

El resumen de las actuaciones más importantes llevadas a cabo hasta el momento es el siguiente:

- Todos los equipos de Atención Primaria tienen la posibilidad de solicitar pruebas de diagnóstico (mamografía o colonoscopia) ante una sospecha clínica, lo que pone en marcha todo el circuito de atención sanitaria.
- Se ha procedido a la ampliación del Programa de Cribado Poblacional de Cáncer de Mama, que ya venía funcionando en nuestra CCAA desde hace varios años, aumentando la edad de inclusión hasta los 69 años.
- Se han creado comités de tumores en todos los hospitales generales de la red. Como mínimo de tumores en general, de mama y de colon y en muchos de ellos también urológicos, ginecológicos o digestivos en general.
- Se procedió a la actualización de la cartera de servicios de todos los hospitales con regulación de los flujos de derivación de pacientes a hospitales de referencia (reconstrucción mamaria diferida y oncología radioterápica).
- Se ha implantado la aplicación informática “Registro de Tumores Hospitalarios” en todos los hospitales generales de la red con el fin de realizar el seguimiento y monitorización de los indicadores de calidad de la atención sanitaria prestada aprobados en los respectivos procesos.
- Se han creado unidades de mama, estructurales o funcionales, en los 8 sectores sanitarios.
- Se han establecido tiempos de garantía de respuesta para el diagnóstico definitivo de estos tumores (mamografía y colonoscopia) y su tratamiento.
- Se garantiza igualmente la realización del ganglio centinela mediante técnica de radioisótopo, reconstrucción mamaria y prevención del linfedema en el cáncer de mama.
- Se ha implantado la atención psicológica a pacientes y familiares (servicio común a todos los pacientes oncológicos).
- Se ha ordenado el tratamiento radioterápico de estos tumores mediante acuerdos con regiones limítrofes (Valencia, Cataluña, Navarra).

Desde el año 2009 se han realizado sucesivas evaluaciones periódicas de los resultados de la implantación de ambos procesos en los 8 sectores sanitarios habiéndose observado una mejoría notable en los circuitos de atención con unos tiempos de demora de respuesta que van poco a poco disminuyendo y acercándose a los estándares de calidad fijados por la estrategia. En este momento las actuaciones van encaminadas a mejorar la calidad del Registro de Tumores Hospitalario ya extendido a todos los hospitales generales del Sistema de Salud de Aragón y a seguir mejorando los tiempos de respuesta ante la sospecha diagnóstica.

Cribado de cáncer de mama

El Programa de Cribado de Cáncer de Mama en Aragón se inició en la provincia de Huesca en diciembre de 1996, extendiéndose a las provincias de Zaragoza y Teruel en abril de 1999, *alcanzándose la cobertura del 100% de la población objetivo durante el primer trimestre de 2006*. Actualmente la población objetivo del programa son las

mujeres de 50 a 64 años residentes en Aragón. La estimación de dicha población es de 111.740 mujeres.

Una vez depurada la población objetivo obtenida de TIS y padrón, la población invitada a participar para la realización de la prueba de cribado durante el año 2010, ha sido de 55.605 mujeres con cita válida (pobl. elegible). Se han realizado 39.907 exploraciones de cribado, de las que 5.567 corresponden a mujeres invitadas por primera vez en el programa y 34.340 a invitaciones sucesivas. La participación global es del 71,8%, siendo del 62,4% en primera invitación y del 73,5% en invitaciones sucesivas.

En un 4,6% de las mujeres exploradas se recomendó la realización de pruebas de imagen adicionales (recribado) y a un 5,8% la realización de mamografía intermedia a los 6/12 meses. El número de mujeres derivadas a los hospitales de referencia, para confirmación diagnóstica, ha sido de 219 (0,6%), de las cuales 200 se derivaron tras la mamografía de cribado y 19 como resultado de un estudio intermedio. El total de tumores malignos detectados en el programa hasta el 31 de diciembre de 2010, ha sido de 1.306.

La Tasa de adhesión al programa es de 91,8%.

Cribado de cáncer colorrectal

El cribado de cáncer colorrectal se estructura en una serie de actividades orientadas a dos grupos de población: de riesgo alto (cualquier edad) y de riesgo medio (50-69 años). El cribado se realiza mediante una prueba de detección de sangre oculta en heces con periodicidad bienal, y la posterior realización de colonoscopia para seguimiento de los casos que han dado positivo en dicha prueba; todo ello con el objeto de reducir la incidencia y la mortalidad por CCR mediante la detección y tratamiento de los adenomas colorrectales y del cáncer en fases iniciales.

El cribado en población de riesgo alto viene realizándose desde el año 2002 en nuestra comunidad como una actividad sistematizada más dentro de los servicios de Gastroenterología de los hospitales de las tres capitales aragonesas y se dirige a aquellas personas familiares directos de pacientes con CCR o que padecen enfermedad inflamatoria intestinal, colitis ulcerosa y en aquella población con características de CCR hereditario (Poliposis adenomatosa familiar, cáncer colorrectal hereditario no polipósico, síndrome de Lynch).

Con respecto al cribado en población de riesgo medio, previamente a la puesta en marcha de este cribado, se ha realizado un estudio piloto (que forma parte del estudio COLONPREV) para evaluar la tecnología más apropiada para reducir la mortalidad por CCR en 10 años, comparando la SOHi y la colonoscopia. Los datos preliminares señalan que la SOHi detecta un nº significativo de cánceres de colon y de lesiones de alto riesgo y se perfila como un test óptimo para el cribado poblacional. Con los resultados de este estudio se ha programado la implantación del cribado poblacional de forma progresiva, comenzando por el grupo de edad de 50-59 años, esperando alcanzar a finales de 2011 al 15 % de la población diana.

El cribado se realizará a partir de una única muestra para detección de sangre oculta en heces (SOH) que se valorará a través del método inmunológico cuantitativo. Como principales características que este cribado presenta hay que destacar el importante papel que desempeña la Atención Primaria (invitación, consejo a la población, recogida de muestras, comunicación de resultados, preparación de colonoscopia) y la diferenciación claramente establecida entre los circuitos de colonoscopia de cribado y de colonoscopia diagnóstica.

Programa de atención a enfermos crónicos dependientes

En el año 2006 se puso en marcha este Programa que tiene como objetivo prestar una atención personalizada a pacientes con enfermedades crónicas que generan algún grado de deterioro funcional entendido como Índice de Barthel menor o igual a 90. Sus dos objetivos fundamentales eran personalizar la atención sanitaria para atender a cada paciente en el recurso sanitario más adecuado y garantizar la continuidad asistencial delimitando el itinerario de atención específico para cada paciente.

Las actuaciones fundamentales que se han venido desarrollando en estos 5 años en relación con este programa son las siguientes:

- Creación de la figura de la “Enfermera de Enlace” como responsable del Programa en cada Sector cuya misión es coordinar la actuación de las enfermeras “gestoras de casos”.
- Creación de las Unidades de Valoración Sociosanitaria en cada uno de los 8 hospitales generales con la misión de detectar precozmente a los pacientes de riesgo cuando ingresan, valorar a aquellos que son dependientes o en riesgo de dependencia, colaborar en la planificación al alta y realizar el seguimiento de pacientes ingresados garantizando la continuidad asistencial y asegurando el recurso más adecuado al alta.
- Gestión de casos por parte de la Enfermería de los 123 Equipos de Atención Primaria, verdadero eje del programa cuyas funciones son las de búsqueda activa de casos, valoración de casos detectados, establecimiento del plan de cuidados y seguimiento, monitorización y evaluación del proceso de atención.
- Aumento del número de camas en hospitales de convalecencia hasta las 472 actuales. Aquí se incluyen los recursos propios y los recursos concertados con el Hospital San Juan de Dios (168 camas en la actualidad).
- Puesta en marcha de los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD) en los 8 sectores (en el marco igualmente del desarrollo del Programa de Cuidados Paliativos).
- Desarrollo de una cartera de servicios específica para equipos de atención primaria, hospitales generales (creación de las unidades de valoración sociosanitaria), hospitales de convalecencia y ESAD.
- Extensión de las salas de fisioterapia en Atención Primaria. Se han creado 30 de las 35 previstas inicialmente.

Se ha incrementado la captación de pacientes en Atención Primaria pasando de aproximadamente 6.000 pacientes en 2006 a casi 15.000 pacientes activos a finales de 2010, con un 70% de mujeres y con una proporción de mayores de 80 años en el Programa que supera el 75%.

Se han producido 4.200 altas en nuestros hospitales de convalecencia en el año 2010 y casi 1.900 pacientes han sido atendidos por los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD) en ese mismo año habiéndose observado un incremento de la actividad de aproximadamente un 10% anual desde el 2006. En 2010 estos equipos realizaron casi 7.000 visitas domiciliarias y atendieron sobre todo pacientes con patología neoplásica (71%). En los casos atendidos por estos equipos 9 de cada 10 fallecimientos se produjeron en el domicilio del paciente.

Durante el segundo semestre del 2010 los equipos de proceso de cada uno de los sectores realizaron una evaluación exhaustiva del grado de desarrollo del programa en su ámbito con una serie de propuestas de mejora. Como resultado de ese análisis y de los

datos que suministran los 3 sistemas de información de este programa se ha realizado un informe de evaluación y propuestas de mejora globales que se ha discutido con los equipos directivos y los equipos de proceso de cada uno de ellos.

Las propuestas de mejora se resumen en 5 puntos fundamentales:

1. Difusión y consolidación del Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes en el Sector:
 - Formalizar la figura del responsable del Programa y sus funciones
 - Consolidar el equipo de proceso
 - Potenciar el papel del Médico de Familia y la Enfermera del EAP
 - Incorporar a la práctica diaria las herramientas existentes (TIC): intranet, correo electrónico ...
2. Diseño de los diferentes subprocesos en el Sector:
3. Gestión de la información:
 - Acceso a Historia Clínica Electrónica generalizado (OMI-AP, Sistema de Gestión de Pacientes en Hospital) en todos los dispositivos
 - Formación
 - Compartir información para garantizar la continuidad de cuidados
4. Gestión del material de apoyo al cuidado y actuaciones de apoyo al cuidador:
 - Facilitar el acceso al material de apoyo disponible
 - Talleres de formación de cuidadores (en coordinación con el Departamento de SS)
5. Detección de una subpoblación de pacientes de alta complejidad para intensificar actuaciones sobre ella: “estratificación del riesgo” con el uso de herramientas existentes.

Programa de cuidados paliativos

Con el fin de asegurar la mejor atención sanitaria y de cuidados al paciente con una enfermedad avanzada o terminal y a su familia, basada en el control de síntomas y el soporte emocional se elaboró a finales de 2008 un Programa de Cuidados Paliativos de Aragón que tenía como principales objetivos los siguientes:

- Mejorar la calidad de vida del enfermo prestando una asistencia integral e interdisciplinar y dando respuesta a las necesidades y expectativas presentes en él y en su familia.
- Garantizar la equidad en el acceso a los cuidados paliativos y asegurar la continuidad de la asistencia las 24 horas del día todos los días del año.
- Potenciar la atención en el domicilio del paciente como el entorno más idóneo para la prestación de atención y cuidados en esta fase de la enfermedad, respetando siempre las preferencias del paciente y de la familia.
- Dignificar el proceso de muerte del paciente, respetando la decisión del mismo respecto al lugar de fallecimiento y la intensidad de las actuaciones diagnósticas y/o terapéuticas.
- Fomentar la cultura de los cuidados paliativos en todo el sistema sanitario.

La población diana estimada de acuerdo con los estándares internacionales es para la CCAA de Aragón de alrededor de 5.000 casos anuales de los cuales alrededor de 2.000 serían subsidiarios de cuidados por equipos especializados (ESAD o equipos de soporte intrahospitalario). En el año 2010 han sido 1.900 los pacientes atendidos conjuntamente por los equipos de Atención Primaria y los ESAD.

En los dos primeros años de desarrollo del programa las actuaciones han sido:

- La consolidación de la prestación de cuidados paliativos en la cartera de servicios de los 123 equipos de Atención Primaria, responsables de prestar cuidados ambulatorios y domiciliarios. Actúan como verdaderos “gestores de casos” y deben realizar el seguimiento del paciente cuando éste es trasladado a otro dispositivo. Se coordinan con los diferentes dispositivos de Atención Continuada que prestan asistencia fuera del horario del EAP.
- La extensión de los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD), formados por médico, enfermero y auxiliar administrativo, a los 8 sectores sanitarios.
- El impulso a la formación básica, intermedia y avanzada de nuestros profesionales en la cultura de cuidados paliativos.
- Prestación de atención sanitaria psicológica a pacientes tributarios de cuidados paliativos y sus familiares.
- Creación de una Unidad de referencia en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza para la atención a niños oncológicos: de hecho ya venía actuando como Unidad de Referencia históricamente. Se ha consolidado oficialmente.

El pasado mes de marzo, el Parlamento de Aragón aprobó la Ley 10/2011 de 24 de marzo de la Comunidad Autónoma de Aragón, de derechos y garantía de la dignidad de la persona en el proceso de morir. Esta Ley entra en vigor el próximo 7 de julio y contempla algunas medidas muy concretas como son:

- El tratamiento adecuado del dolor y otros síntomas que surjan en el proceso de morir, así como el soporte emocional del paciente y su familia facilitando la elaboración del duelo de forma saludable.
- El derecho a recibir cuidados paliativos integrales y a elegir el domicilio para recibirlos.
- El derecho a la administración de sedación paliativa cuando el paciente esté en situación grave e irreversible, terminal o de agonía con sufrimiento refractario.
- El derecho a que las instituciones faciliten el acompañamiento familiar y una habitación individual a los pacientes hospitalizados en situación terminal.
- La creación del Comité de Bioética de Aragón y al menos un Comité de Ética asistencial en cada Sector Sanitario con sede en el hospital de referencia del Sector.

Tratamiento sustitutivo renal

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) y su tratamiento en fases avanzadas mediante diálisis tienen una fuerte repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes que la padecen y sobre el coste. Se estima que el coste del TSR supone un 2,3% del total del gasto sanitario. Existen evidencias de que la realización de tratamiento domiciliario repercute de manera positiva sobre esta calidad de vida. Sin embargo, sólo el 5% de los pacientes en TSR utilizan esta técnica en nuestro país.

Entre los factores que se han utilizado para explicar el escaso índice de utilización de los tratamientos domiciliarios: la edad de los pacientes incidentes, las contraindicaciones,

la supervivencia o la calidad de vida, no llegan a explicar esa desproporción de uso frente a la HD.

Por ello, Aragón se plantea potenciar las alternativas de tratamiento que se muestran mejores en términos de efectividad, calidad de vida para el paciente y coste:

- Siendo el trasplante la modalidad que presenta el mejor resultado de coste-efectividad, las administraciones sanitarias deben seguir garantizando que los profesionales tienen a su disposición los medios necesarios para su buen funcionamiento.
- Potenciar la DP, para lo que la estrategia propuesta es el desarrollo en todos nuestros hospitales de la consulta de Insuficiencia Renal Crónica Avanzada (ERCA). Crear consultas ERCA, además de servir para facilitar los procesos de información sobre las opciones de diálisis entre las que el paciente puede elegir, también contribuirían retrasar la necesidad de entrada de diálisis (incluso reducir el número de pacientes que inician).

En este primer año se ha alcanzado aproximadamente un 15% de pacientes incidentes que siguen técnicas de depuración extrarrenal domiciliaria, preferentemente Diálisis peritoneal. También se ha mejorado la coordinación entre nefrología y cirugía vascular para incrementar el porcentaje de pacientes incidentes en HD con fístula arterio-venosa interna (FAVI) funcionante.

Cribado neonatal

Los Programas de Cribado Neonatal (PCN) están dirigidos a la identificación presintomática de determinados estados genéticos, metabólicos, endocrinológicos o infecciosos mediante el uso de pruebas que pueden ser aplicadas a toda la población de recién nacidos. La hiperfenilalaninemia, el hipotiroidismo congénito, la hiperplasia congénita suprarrenal y la fibrosis quística, son objeto de cribado universal en nuestra comunidad desde el año 1987. En el año 2002 se incorporó el “Screening Auditivo Neonatal Universal” en todos los hospitales y a todos los recién nacidos. En el año 2009 se incluyó en la cartera de servicios sanitarios de nuestra comunidad el “Cribado Neonatal ampliado”, ampliándose la detección precoz a treinta enfermedades más la hipoacusia.

Durante el año 2010 el cribado se aplicó a 16.392 recién nacidos, detectándose 21 casos confirmados. Se estima que cada caso diagnosticado precozmente supone un ahorro de unos 600.000 €, teniendo en cuenta los gastos directos de la atención más otros gastos indirectos como el no rendimiento laboral, la concesión de pensiones especiales, etc. Por lo tanto, el ahorro como consecuencia de la aplicación del “Cribado Neonatal ampliado” en nuestra comunidad en el año 2010 podría estimarse en unos 12.600.000 €.

Salud bucodental infantojuvenil

La atención bucodental infantil constituye una actividad importante en la preservación de la salud y de la calidad de vida para el futuro del niño. Simples actuaciones de alto coste-beneficio como son los sellados, las endodoncias o la simple educación para la salud con sencillas medidas higiénico-dietéticas constituyen potentes herramientas en la mejora de la salud bucodental.

Nuestro programa se constituye en una provisión mixta, de servicios sanitarios públicos mediante nuestra red pública de Unidades de Salud Bucodental en atención primaria por un lado, y en segundo lugar con el convenio a través del Colegio de Dentistas de Aragón para la provisión de servicios mediante la habilitación de dentistas privados por parte del Departamento de Salud y Consumo, así como con la Unidad de Salud Bucodental del Hospital San Juan de Dios para la atención a niños con discapacidad. Estas habilitaciones están sujetas al cumplimiento de unos requisitos por parte de los dentistas, así como de las instalaciones de sus clínicas.

Este sistema mixto de provisión maximiza la eficiencia en la utilización de recursos humanos y materiales así como inversión en bienes de equipo tanto del ámbito público y como del ámbito privado. Y por otro lado facilita la accesibilidad a esta prestación en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

En el año 2010 el coste del convenio fue de 1.441.390€. Durante 2010 fueron atendidos 38.992 niños de entre 6 y 11 años. La red de profesionales dedicados a la atención en 2010 fue de cerca de 300 en todo el territorio.

2.4 Relacionados con el uso racional del medicamento

Receta electrónica

El proyecto de receta electrónica y uso racional del medicamento aplica las nuevas tecnologías de la información y comunicación (en adelante TIC) con una triple finalidad:

- Gestión integral del proceso global de prescripción (prescripción-dispensación-facturación) de todas las *recetas de medicamentos y productos sanitarios* que se realizan en el Sistema de Salud de Aragón y destinadas a ser dispensadas a través de las oficinas de farmacia.
- Incorporación en la práctica clínica de herramientas que asesoren y orienten al profesional en el uso racional del medicamento.
- Establecimiento de un sistema de información de medicamentos y productos sanitarios orientado a la gestión clínica y a la generación de conocimiento, y que aporte, además, información para la planificación y gestión desde un enfoque eminentemente clínico.

El proyecto de receta electrónica y uso racional del medicamento está diseñado para su implantación tanto en el nivel de atención primaria como de especializada, dando coherencia e integridad a la información farmacoterapéutica del paciente.

En el ámbito de atención especializada, el proyecto se incardina con el uso del medicamento desde los servicios de farmacia hospitalarios, integrándose con la información de la medicación dispensada ambulatoriamente desde dichos servicios, y facilitando a los profesionales de los mismos el acceso a la información de medicamentos del paciente.

Las bases conceptuales del proyecto son:

HISTORIA FARMACOTERAPÉUTICA

El proyecto de receta electrónica en Aragón pretende la creación de una historia farmacoterapéutica única para cada paciente, desde la que podrán ser realizadas y consultadas todas las prescripciones y dispensaciones derivadas de las mismas destinadas

a ser dispensadas en oficina de farmacia, emitidas tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la especializada, y sean recetas electrónicas como en formato papel.

Cada prescripción quedará ligada al diagnóstico que la motiva, y a partir de ahí vinculada, dentro del esquema de contacto, episodio y proceso, a la historia clínica única del Sistema de Salud de Aragón, en el que se encuentra enmarcada.

Además, en el futuro, incorporará información sobre los tratamientos dispensados a pacientes no ingresados desde los servicios de farmacia hospitalarios.

FOMENTO DE LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO

El Departamento de Salud y Consumo está trabajando en la incorporación a su Nomenclátor de medicamentos y productos sanitarios de presentaciones DOE.

En la aplicación de receta electrónica se promueve la prescripción por principio activo (presentación DOE). Así, ante una búsqueda de productos por marca comercial, en caso de seleccionar un producto, si existe una presentación DOE equivalente, se prescribe dicha presentación DOE a no ser que se active la opción “fijar marca”.

DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE HERRAMIENTAS DE AYUDA A LA PRESCRIPCIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL USO DE MEDICAMENTOS

Con el desarrollo e implantación de las herramientas de ayuda a la prescripción se pretende facilitar al prescriptor la selección del medicamento más adecuado para cubrir las necesidades clínicas del paciente y evitar posibles Problemas Relacionados con los Medicamentos, mejorando así la calidad y seguridad de la prescripción.

Las herramientas de ayuda a la prescripción a implantar incluyen la generación de alertas en la prescripción activa o cuando se van a seleccionar nuevos medicamentos si aparecen. Entre ellas están:

- Alergias registradas y RAM comunicadas
- Interacciones clínicamente relevantes
- Dosis máxima recomendada superada
- Contraindicaciones y precauciones especiales
- Alertas de organismos reguladores que afectan a la prescripción médica activa
- Duplicidades terapéuticas

También se van a incluir dentro de este apartado de herramientas de ayuda a la prescripción, la consulta a la monografía farmacoterapéutica y ficha técnica de los productos, la aparición de posologías por defecto e instrucciones de la administración de determinados medicamentos.

De momento, se ha implementado la generación de alertas por duplicidades terapéuticas y la consulta a la ficha técnica de los medicamentos y a lo largo del año 2011 se pretende implantar el resto de las herramientas de ayuda a la prescripción comenzando por las interacciones y la consulta a la monografía farmacoterapéutica.

DESARROLLO E INTEGRACIÓN DE HERRAMIENTAS DE AYUDA A LA PRESCRIPCIÓN PARA MEJORAR EL USO EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

La aplicación de receta electrónica pretende potenciar la selección de las alternativas terapéuticas que se consideran, entre las más adecuadas para la mayoría de los pacientes, aquellas más eficientes para el sistema de salud. En este sentido se describen las

siguientes medidas que, enmarcadas dentro de la política de URM definida por el Departamento de Salud y Consumo, tienen como finalidad mejorar la eficiencia en la selección de medicamentos en el nuevo sistema de prescripción e historia farmacoterapéutica.

Fomento de la prescripción de productos eficientes: Durante el proceso de prescripción, ante la selección de una presentación considerada como no eficiente, se informa al profesional de las alternativas de prescripción más eficientes.

Consulta del profesional a sus prescripciones vinculadas ineficientes

El prescriptor recibirá información acerca de las prescripciones activas asociadas a su CIAS (o que afecten a usuarios dentro de su cupo en caso de usuarios de AP) en las que se hayan detectado oportunidades de ahorro.

Se podrán consultar aquellas prescripciones asociadas que han sido realizadas por marca en las que una prescripción por principio activo implicaría un coste del producto menor.

Consulta de equivalentes terapéuticos más eficientes

Se podrán consultar aquellas prescripciones realizadas por marca en las que existe un equivalente terapéutico más eficiente.

El profesional podrá seleccionar el grupo terapéutico en el que quiere realizar la búsqueda: se mostrarán los pacientes afectados, las prescripciones ineficientes y la alternativa más eficiente

INCORPORACIÓN DE MEDIDAS PARA POTENCIAR EL PAPEL DE OTROS AGENTES: PACIENTES Y PROFESIONALES DE OFICINAS DE FARMACIA

Medidas para favorecer la adherencia adecuada al tratamiento prescrito:

- La herramienta de receta electrónica permite, además de generar la hoja de tratamiento con todos los productos prescritos al paciente, de obligada entrega al mismo:
- Generar una hoja de instrucciones al paciente con información más exhaustiva de los productos prescritos, posología de los mismos e instrucciones de óptima administración. Esta hoja de instrucciones también podrá ser impresa desde la oficina de farmacia.
- Generar etiquetas adhesivas con el nombre y posología de los productos prescritos que, si se considera necesario, podrán ser impresas en las oficinas de farmacia para adherir a los envases dispensados

Medidas para potenciar el papel del profesional de la oficina de farmacia como agente sanitario:

- El profesional farmacéutico de la oficina de farmacia puede, a través de la aplicación de receta electrónica:
- Conocer la totalidad del tratamiento prescrito al paciente (a no ser que este haya manifestado lo contrario).
- Enviar y recibir mensajes a/de profesionales del Sistema de Salud de Aragón
- Bloquear la dispensación de un producto prescrito en caso de sospechar que podría ocasionar un problema de salud al paciente al que se ha prescrito.

Comisión de Evaluación de Medicamentos (CEMA)

La creación de la Comisión de Evaluación del Medicamento de los Hospitales del Sistema Sanitario Público de Aragón (en adelante CEMA) en octubre de 2009, vino motivada por las siguientes razones:

En primer lugar, la evaluación y selección de los medicamentos a incorporar a los hospitales es una necesidad de primer orden y debe realizarse con el mayor rigor y racionalidad, dada la gran amplitud del mercado farmacéutico y la creciente oferta de nuevos fármacos, muchos de ellos con muy elevado impacto sobre el sistema. Esta evaluación y selección debe ser un proceso continuo, multidisciplinario y participativo que asegure el uso racional de los medicamentos.

De acuerdo con la normativa reguladora de los Servicios de Farmacia y las Comisiones de Farmacia y Terapéutica de los hospitales, hasta el año 2010 cada hospital del sistema sanitario público de Aragón realizaba de forma independiente el proceso de evaluación y selección de los medicamentos a incluir en su guía farmacoterapéutica.

Un análisis realizado en 2009 puso de manifiesto una gran variabilidad entre las guías farmacoterapéuticas existentes en los hospitales del sistema sanitario público de Aragón, con tan sólo un 15% de principios activos comunes a todos ellos. No estando justificada esta variabilidad por razones científicas ni asistenciales objetivas, se evidenció la necesidad de armonizar las guías farmacoterapéuticas de acuerdo con los criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y coste de los medicamentos, así como aplicando el criterio de equidad en la asistencia sanitaria, incluida la prestación farmacéutica.

Para ello, se decidió establecer un procedimiento uniforme, científico, estandarizado y único para la inclusión de nuevos medicamentos en los hospitales del sistema sanitario público de Aragón, de manera que realizando una única evaluación, el ámbito de la decisión adoptada fuesen todos los centros hospitalarios, evitando además la repetida realización de múltiples evaluaciones del mismo fármaco en las distintas Comisiones de Farmacia de los hospitales.

En cuanto al resto de medicamentos ya evaluados con anterioridad e incorporados en las guías farmacoterapéuticas, se decidió poner en marcha un proceso de revisión, una de cuyas bases principales debe ser el intercambio terapéutico entre fármacos equivalentes, para llegar a disponer de una guía farmacoterapéutica única común a todos los hospitales del sistema.

La CEMA es un órgano colegiado que se reúne en Pleno con periodicidad mínima trimestral (lo habitual es una reunión al mes) y que cuenta con una Comisión Permanente (Presidente, secretaria y 4 vocales) para dar continuidad a las actuaciones y dictar resoluciones por procedimiento de urgencia de forma provisional, hasta la celebración del siguiente Pleno. Todas las decisiones que adopta la CEMA (previo trámite de alegaciones cuando son desfavorables o conllevan restricciones) se aprueban por Resolución de la Consejera de Salud y Consumo.

Desde la creación de la CEMA, las Comisiones de Farmacia y Terapéutica de los Hospitales han modificado sus funciones y procedimiento de trabajo, participando en diversas fases del proceso de evaluación de nuevos medicamentos y en la elaboración de protocolos de intercambio terapéutico, entre otros cometidos.

Especialmente compleja es la evaluación de los medicamentos biológicos y su posicionamiento terapéutico relativo en sus diferentes indicaciones aprobadas. Por ello, dado que la CEMA puede formar grupos de trabajo e integrar en ellos a expertos de reconocida competencia, se ha constituido un *grupo de trabajo para elaborar documentos de selección de terapias biológicas*, comenzando por su uso en reumatología para artritis reumatoide, espondiloartropatías y artritis idiopática juvenil.

También se tramitan por la CEMA *solicitudes de tratamiento individualizado* para la utilización de medicamentos no incorporados en la guía para un paciente concreto, bien por considerar que su situación clínica específica justifica su uso, o bien por razones de urgencia para el uso de un medicamento que aún no ha sido evaluado. En estos casos, la Resolución adoptada no afecta a la guía farmacoterapéutica sino tan sólo al paciente para el cual se realizó la solicitud.

Dentro de estas últimas, un caso particularmente relevante son las solicitudes para el tratamiento de *enfermedades raras*. Destaca la especial dificultad de evaluar las evidencias científicas sobre los medicamentos huérfanos y la importancia de analizar la situación clínica de cada paciente concreto en relación con la indicación del medicamento. Por ello, se ha constituido una Comisión de expertos que evalúa específicamente las solicitudes de tratamiento individualizado para pacientes con enfermedades raras.

En cuanto al *procedimiento de trabajo para elaborar la guía farmacoterapéutica unificada* de los hospitales del Sistema Sanitario Público de Aragón, se van integrando en dicha guía unificada los medicamentos nuevos con evaluación favorable de la CEMA y, por otra parte, se revisan los medicamentos ya existentes. En esta revisión, la principal herramienta utilizada es la elaboración de Protocolos de Intercambio Terapéutico (PIT) en los que se establece, para un determinado subgrupo terapéutico, los fármacos incluidos y excluidos en la guía, sus indicaciones y las equivalencias terapéuticas. Estos PIT se elaboran desde las Comisiones de Farmacia y Terapéutica por encargo de la CEMA, y tras recibir las aportaciones de todos los servicios clínicos implicados, son aprobados por el Pleno.

Durante 2010, primer año de actividad de la CEMA, se han recibido 18 solicitudes de evaluación de nuevos medicamentos, de ellos 8 han sido autorizados para su inclusión en la guía farmacoterapéutica unificada y 9 han sido denegados, quedando 1 medicamento en tramitación, pendiente de ampliación de información.

En cuanto a tratamientos individualizados, se han autorizado 32 tratamientos, 1 solicitud ha sido denegada y 1 ha quedado pendiente de ampliación de información.

Finalmente, se han aprobado 5 protocolos de intercambio terapéutico: Inhibidores de la bomba de protones (IBPs), diuréticos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), IECAs y ARA II. Al finalizar el año 2010, estaban en proceso de elaboración los protocolos de intercambio terapéutico de laxantes, estatinas y antieméticos.

Seguimiento de la prescripción de determinados medicamentos

La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios reconoce a las Comunidades Autónomas la facultad para establecer medidas tendentes a racionalizar la prescripción y la utilización de medicamentos y productos sanitarios en ejercicio de sus competencias

Se ha comprobado la necesidad de desarrollar en Aragón una nueva medida para recabar información detallada y realizar un seguimiento sobre la prescripción y la utilización de determinados medicamentos que no están sometidos a visado, en los que la información disponible sobre su consumo aporta indicios de una utilización inadecuada, ineficaz, ineficiente o con riesgo para la seguridad de los pacientes, existiendo una discrepancia importante entre su uso y las evidencias científicas.

El nuevo sistema de validación y seguimiento es una medida distinta e independiente del visado, que introduce un especial control sobre el uso del medicamento, al recoger información que permite valorar la adecuación de las prescripciones y, en caso necesario, llevar a cabo acciones para promover su uso racional.

El nuevo sistema de validación y seguimiento, fundamentalmente persigue dos objetivos:

- Que el médico haga una prescripción más racional, especificando la justificación del tratamiento y el plazo del mismo, que es posteriormente validada por la Inspección Médica.
- Recoger información y realizar un seguimiento de las prácticas de prescripción, y efectuar recomendaciones, cuando sea necesario, con el apoyo de expertos en el tratamiento de la patología de que se trate.

Los primeros medicamentos incorporados al sistema de validación y seguimiento han sido Teriparatida (*Forsteo*®) y Hormona Paratiroidea (*Preotact*®), mediante Instrucción de 15 de febrero de 2011. Está previsto ir incorporando otros medicamentos a este sistema progresivamente.

Con respecto a teriparatida y hormona paratiroidea, la situación de partida detectada en 2010 en Aragón, con un consumo de unos 1.000 envases al mes y un gasto total de 6.610.448 euros en el año 2010, es de una posible sobreutilización de estos fármacos, que no están recomendados en primera línea de tratamiento de la osteoporosis y que algunas guías los reservan para indicación en casos muy seleccionados. Además es importante comprobar la duración del tratamiento, que no debe exceder de 24 meses en ningún caso.

Prescripción de dietas

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, diferencia entre la prestación farmacéutica y la prestación con productos dietéticos, especificada en su Anexo VII. Por su parte, el Real Decreto 1205/2010, de 24 de septiembre, y la Orden SPI/2958/2010, de 16 de noviembre, fijan las bases y el procedimiento para la inclusión de los alimentos dietéticos para usos médicos especiales en la prestación con productos dietéticos del SNS y para el establecimiento y aplicación de sus importes máximos de financiación.

La experiencia de aplicación de las instrucciones dictadas hasta ahora en y el análisis de la evolución que habían experimentado en estos últimos años algunas variables como tipos de productos prescritos, número de prescripciones, facultativos que indican los tratamientos y contenido de los informes de indicación, han llevado a instaurar algunas medidas sobre la prestación con tratamientos dietoterápicos, con los siguientes objetivos:

1. Intensificar el seguimiento de los pacientes con trastornos metabólicos congénitos en el ámbito hospitalario
2. Regular el circuito de prescripción por receta, visado y dispensación de los tratamientos de nutrición enteral domiciliaria (NED) para pacientes no hospitalizados, tras la experiencia obtenida en la aplicación de las anteriores instrucciones dictadas en Aragón, de 10 de diciembre de 2007, y considerando las recomendaciones publicadas en la Guía de Nutrición Enteral Domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud.

Con respecto a la prescripción y dispensación de productos dietéticos para trastornos congénitos del metabolismo de los aminoácidos y de los lípidos en el ámbito hospitalario,

los productos dietéticos que se relacionan a continuación sólo se pueden prescribir con financiación por el Servicio Aragonés de Salud a pacientes con trastornos congénitos del metabolismo de las proteínas o de los lípidos, desde el ámbito hospitalario y por los servicios clínicos responsables del diagnóstico y/o seguimiento de estos pacientes: Fórmulas exentas de proteínas (AS), Fórmulas exentas o limitadas en algún aminoácido esencial (AE), fórmulas exentas de algún aminoácido esencial y no esencial (AM), Fórmulas con aporte exclusivo de aminoácidos esenciales (AC), Fórmulas exentas de lípidos (GS) y Fórmulas con contenido graso modificado (GM). La dispensación de estos productos se realiza a través de los Servicios de Farmacia de los Hospitales, quedando anulado el circuito de recetas-visado de inspección- oficinas de farmacia para estos productos.

Gracias a esta medida se ha conseguido mejorar el seguimiento de los pacientes con trastornos metabólicos de aminoácidos y lípidos, a la vez que se ha logrado una mayor racionalización de la prescripción. El resto de productos dietoterápicos complejos indicados para los trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono, no han visto modificado su circuito de prescripción por receta médica con visado de inspección.

Pacientes frágiles

El aumento en la esperanza de vida y la realización de un mayor número de intervenciones preventivas con objetivos terapéuticos cada vez más estrictos son algunos de los factores que están influyendo en el aumento del número de pacientes que esta polimedicado.

La polimedicación en pacientes mayores unida a sus condiciones fisiopatológicas, los convierte en una población vulnerable para la aparición de problemas relacionados con medicamentos (PRMs) como interacciones, reacciones adversas, etc. A la polimedicación se añade la alta prevalencia del **incumplimiento terapéutico** en estos pacientes que oscila entre el 30-50%.

Por otro lado los pacientes mayores polimedificados son objeto de seguimiento por varios especialistas lo que constituye otro factor de riesgo para el desarrollo de efectos adversos si no existe una buena coordinación con intercambio de información clínica y de tratamiento de los mismos. Por ello es necesario un proceso reflexivo de “**conciliación terapéutica**” en beneficio de la salud del paciente, siendo una estrategia más de la política de seguridad del paciente dentro de los sistemas de salud.

Todos estos PRMs hacen imprescindible el **seguimiento farmacoterapéutico** exhaustivo de estos pacientes. En Aragón están en marcha una serie de programas de actuación que se iniciaron en 2007 en el ámbito de Atención Especializada y que se han extendido a Atención primaria y a los pacientes de los Centros Sociosanitarios con los siguientes objetivos:

- Revisar las historias Farmacoterapéuticas y detectar y solventar PRMs
- Mejorar el cumplimiento terapéutico.
- Mejorar el conocimiento de los pacientes respecto del uso y las indicaciones de los medicamentos
- Evitar la acumulación de medicamentos en los domicilios

En el ámbito de la Atención Especializada, en el año 2010 se incluyeron en el programa a los pacientes mayores de 70 años y/o en tratamiento con al menos 4 medicamentos que ingresaron en Medicina Interna o Neumología en los 3 principales hospitales de Aragón.

En 2010 se inició un **plan para mejorar la adherencia a los tratamientos en pacientes polimedicados**. Dentro de este plan, el farmacéutico realizó la detección de pacientes incumplidores mediante el test de Morisky-Green-Levine y a todos los pacientes incumplidores detectados se les incluyó dentro del plan de actuación

Todas estas actuaciones han dado lugar a **2.165 intervenciones farmacéuticas documentadas**, de las cuales 875 afectaron a la eficacia de los medicamentos y 1.272 a la seguridad de los mismos.

Respecto a los Centros Sociosanitarios, hasta el año 2010 el suministro de medicamentos a los Centros de titularidad pública se realizaba fundamentalmente a través de las oficinas de farmacia, sin que sea posible una atención farmacéutica directa. En 2010 se inició un plan de mejora integral de los centros sociosanitarios que incluye el suministro y gestión de medicamentos y productos dietoterápicos a las residencias y la atención farmacéutica que reciben los pacientes. Se comenzó con el suministro directo de medicamentos desde los hospitales de referencia en 13 residencias públicas con lo que se ha logrado una reducción del gasto en medicamentos de aproximadamente un 30% y una disminución del gasto medio por residente y mes de 122 euros a 113 euros.

Además se inició la atención farmacéutica en estos pacientes, que en porcentajes que oscilan entre el 53% y el 58% están en tratamiento con 6 o más medicamentos. La actuación de los farmacéuticos sobre estos pacientes permitirá optimizar la farmacoterapia de los mismos.

Dentro de este plan de actuación se han realizado sesiones formativas para el personal de enfermería de los centros con el objetivo de mejorar los procesos de preparación y administración de medicamentos

Prescripción por principio activo

Siguiendo las líneas de trabajo emprendidas en años anteriores, en Aragón en 2010 se impulsó la utilización del principio activo o denominación oficial española (DOE) como estrategia para mejorar la calidad en la utilización de medicamentos. Con ello se pretende que el principio activo se incorpore a la práctica clínica habitual no solo en la prescripción, sino también en la comunicación entre profesionales y pacientes

La utilización del principio activo es una práctica recomendada por todas las administraciones sanitarias, organizaciones profesionales y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya que presenta diversas ventajas frente a la prescripción por marca y salvaguarda la libertad del médico prescriptor en la elección de la sustancia más adecuada para cada uno de sus pacientes.

En el contexto económico actual, el médico en sus decisiones terapéuticas debe tener en cuenta su responsabilidad para con la sociedad en el uso de unos recursos que son limitados y con la prescripción por principio activo contribuye activamente a la gestión eficiente de los mismos. Por ello, es necesaria, la concienciación de los profesionales de Atención Primaria y de Atención Especializada de la importancia del uso del principio activo en las prescripciones que realicen como herramienta de calidad y eficiencia del sistema

Para impulsar el uso del DOE se realizaron diversas actuaciones:

- La compra de presentaciones con denominación oficial española se priorizó en las adquisiciones hospitalarias como medida de fomento del uso del principio activo en el ámbito hospitalario y en las que pueden inducirse desde el propio hospital

- El indicador de prescripción DOE se monitorizó e incluyó en los contratos programa de Atención Primaria y Especializada con un peso importante.
- Durante todo el año se realizaron sesiones informativas en los Equipos de Atención Primaria y en los Servicios de Atención Especializada, fomentando el uso del DOE. También se realizaron folletos dirigidos a la población.
- En el ámbito de Atención Primaria se desarrolló una herramienta informática que facilita el cambio de las prescripciones de marca a principio activo. Esta herramienta, que se puso en marcha en el mes de Julio, permite el cambio de los tratamientos de forma individual o sistemática a principio activo. Para fomentar el uso de la misma, se realizaron sesiones explicando su funcionamiento y concienciando de la importancia del uso de la misma en los 123 Centros de Salud.
- En determinadas especialidades médicas, como Psiquiatría, donde existen diferencias importantes de precio entre las especialidades de marca y las genéricas DOE, se intensificaron las actuaciones con el objetivo de llegar a todos estos profesionales: reuniones con los coordinadores, sesiones en los Servicios.

Con todas estas actuaciones, se consiguió incrementar a lo largo del año el indicador de prescripción por DOE, tal como se refleja en la figura 1. Esto supuso además un ahorro para el sistema de 1.011.484,63 €

El conjunto de estas medidas ha permitido revertir la tendencia histórica en Aragón a crecimientos en el gasto farmacéutico por encima de la media del SNS, de forma que en el año 2010 Aragón ha disminuido su gasto farmacéutico en un 2,5 % respecto a 2009 y además en los últimos meses de 2010 el descenso del gasto ha sido superior al del conjunto del SNS, como se muestra en la Figura 2.

Figura 1. Evolución del Indicador DOE (% Envases por DOE/ Total envases) en 2010 en Aragón

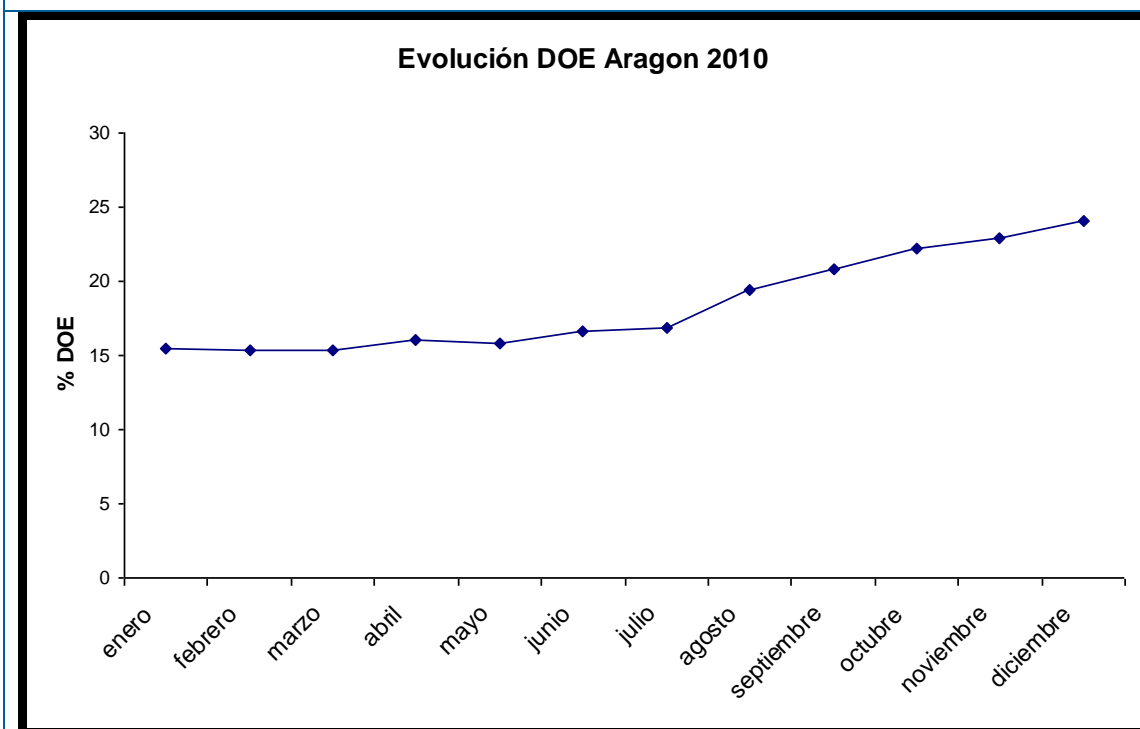
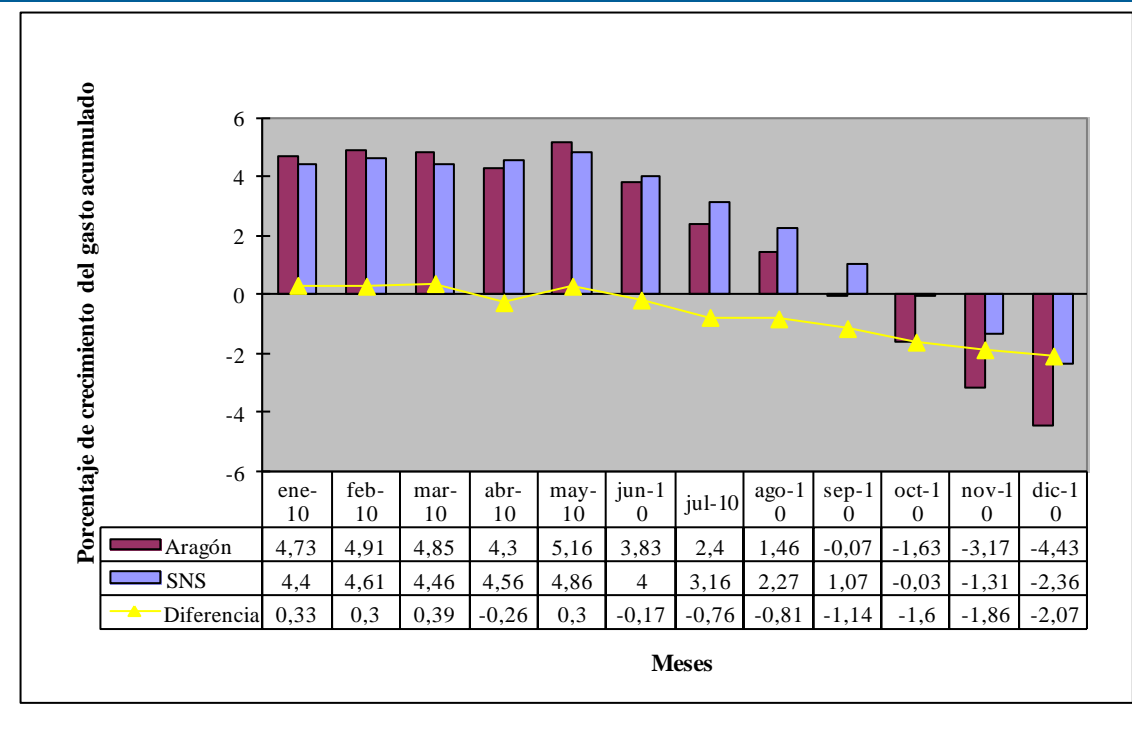


Figura 2. Evolución del porcentaje de crecimiento del gasto acumulado en los últimos 12 meses: Aragón, SNS



2.5 Estrategias relacionadas con la gestión de recursos humanos

Las actuaciones llevadas a cabo por el Servicio Aragonés de Salud durante el año 2010 en relación con la gestión de recursos humanos, destinadas a dar respuesta a la crisis económica y a asegurar la sostenibilidad, se han centrado básicamente en dos líneas:

Suspensión de los efectos económicos del proceso de implantación de la carrera profesional

Conforme a lo dispuesto en el artículo 16.3 de la Ley 12/2009, de 30 de diciembre, de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Aragón para el ejercicio 2010, por razones de interés público derivadas de una alteración sustancial de las circunstancias económicas en que se suscribieron los Pactos y Acuerdos firmados por la Administración de la Comunidad Autónoma y las Organizaciones Sindicales, referidos a la implementación de medidas de carrera y desarrollo profesional, quedaron suprimidas para el año 2010 la remuneración del Cuarto Nivel de carrera profesional a los Licenciados y Diplomados Sanitarios, y la remuneración del Tercer Nivel de carrera

profesional a los profesionales sanitarios de formación profesional y de gestión de servicios, deviniendo inaplicables, en el ámbito del Servicio Aragonés de Salud y referido al Acuerdo de 13 de noviembre de 2007 en materia de carrera profesional el apartado 4.1, en lo que respecta a la remuneración del Cuarto Nivel a los Licenciados y Diplomados sanitarios, que quedaba suprimida en el año 2010, y el apartado 4.2, en lo que respecta a la remuneración del Tercer Nivel a los profesionales sanitarios de formación profesional y de gestión de servicios, que quedaba igualmente suprimida para dicho ejercicio.

Asimismo, se declaraba inaplicable Acuerdo de 8 de julio de 2008 en materia de carrera profesional, el apartado 5.1.4., en lo que respecta a la remuneración del Tercer Nivel a los profesionales sanitarios de formación profesional y de gestión de servicios, que también quedaba suprimida en el año 2010.

Procedimiento de autorización de nombramientos eventuales en los centros sanitarios

El Artículo 30.5 de la Ley 12/2009, de 30 de diciembre, de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Aragón para el ejercicio 2010, disponía que

«Las contrataciones para atender necesidades coyunturales o acumulación de tareas, de personal estatutario del Servicio Aragonés de Salud, de personal docente no universitario del Departamento de Educación, Cultura y Deporte y de personal funcionario o laboral del Instituto Aragonés de Servicios Sociales, no vinculadas a los puestos existentes en las plantillas o relaciones de puestos de trabajo, así como las realizadas para el desempeño de todos los puestos en situación de vacante generada al margen de los procesos de movilidad interna y sustituciones, necesitarán, a propuesta del Consejero respectivo, la autorización conjunta de los Consejeros de Presidencia y de Economía, Hacienda y Empleo. Se exceptúan de esta autorización las contrataciones de contingentes de efectivos para suplir los periodos vacacionales».

En consecuencia, desde 1 de enero de 2010 quedaron sujetas a un estricto régimen de autorización previa, expedida de forma conjunta por los Consejeros de Presidencia y de Economía, Hacienda y Empleo, a propuesta de la Consejera de Sanidad, todas aquellas contrataciones que no contaran con respaldo en las plantillas orgánicas

Asimismo, el punto 6 del mismo artículo disponía que con periodicidad mensual, los centros directivos remitieran al Departamento competente en materia de personal (Departamento de Presidencia, a través de la Dirección General de Función Pública) una relación de las contrataciones realizadas durante ese periodo.

2.6 Estrategias y actuaciones realizadas para la mejora en la gestión de la compra de bienes y servicios

Las actuaciones más importantes llevadas a cabo por el Servicio Aragonés de Salud durante el año 2010 para mejorar la gestión de los capítulos II del presupuesto han sido:

1. Restricción de la incorporación de nuevos servicios.

Se han restringido la incorporación de nuevos servicios. Únicamente deben incorporarse nuevos servicios que tengan un impacto negativo en el gasto real de la

actividad por producir ahorros respecto de la forma actual de dar el servicio al que sustituye o complementa.

2. Restricción de la incorporación de nuevos productos.

Se han limitado la incorporación de nuevos productos exclusivamente a aquellos que se derivan únicamente de la puesta en marcha de nuevos servicios o bien supongan un ahorro en el coste actual respecto de los productos a los que sustituye

Para la inclusión de un nuevo producto, el centro o la central de compras exige una memoria económica que justifique que no supone gasto su incorporación, o bien, si supone gasto por ser un producto asociado a un nuevo servicio, este está incluido en la memoria económica aprobada por el Departamento de Salud y Consumo.

3. Potenciación de las compras centralizadas.

Continuando con el proceso de homogenización de productos, iniciado en años anteriores con la implantación del ERP SERPA SALUD único para todos los centros de Gestión, en el año 2010 se puso en marcha la Central de Compras con el objetivo de aumentar el poder de negociación frente a los proveedores y obtener mejoras en precios, servicios u otro tipo de ventajas que proporcionen mayor valor añadido, además de Incrementar la homogenización de los productos utilizados entre sectores.

Para desarrollar esta línea, es imprescindible concluir con éxito el actual proceso de implantación del proyecto SERPA SALUD con el establecimiento del catálogo único de productos de todos los centros sanitarios.

En el año 2010 los primeros concursos que se centralizaron y los ahorros logrados en 2010, representan el 0,18% del gasto del capítulo II. En el año 2011 los ahorros se esperan que lleguen al 0,48% del capítulo II.

4. Constitución de la Comisión de adquisiciones centralizada.

Complementando la estrategia anterior y con el objetivo de unificar lo más posible los nuevos materiales utilizados en todos los centros del SALUD, evitando la variabilidad de uso de materiales en los mismos procesos se ha constituido la Comisión de adquisiciones centralizada. Esta comisión se encarga de autorizar los nuevos productos y las condiciones para su uso en los centros en los que se autoricen y de asesorar las características técnicas de los concursos centralizados.

5. Líneas de mejoras en la Gestión de stocks.

Con el objetivo de aminorar el nivel de stocks necesario para asegurar la operatividad de los servicios con los niveles de seguridad necesarios, se están llevando a cabo acciones, que aprovechando las mejoras que en los sistemas de información económica, con la implantación del aplicativo del ERP SAP SERPA SALUD,.

Además, la puesta en marcha de la Central de Compras tiene como objetivo a medio plazo implementar una central logística, para impulsar nuevas estrategias de aprovisionamiento de centros y unidades, que por el hecho de estar interrelacionados en red, permitan reducciones en los niveles de stock globales del conjunto de centros

6. Selección de productos diana sobre los que actuar a corto plazo.

En 2010, como objetivo a corto plazo cada centro de gestión seleccionó una serie de productos sobre los que era posible aplicar programas de ahorro, con el fin de reducción de gasto de los productos diana escogidos en un 4%, en su conjunto y reducción del consumo de los productos diana escogidos en un 4%, en su conjunto.

La elección de estos productos debía realizarse teniendo en cuenta el volumen económico que suponían sobre el total del gasto de suministros y la capacidad o factibilidad para influir en el precio y / o en el consumo.

Los productos elegidos debían representar al menos el 10% del gasto real de 2009 de los siguientes conceptos de gasto: Material Sanitario, Material de Laboratorio, Material no Sanitario, Farmacia, Implantes, Mantenimiento y Conciertos

7. Revisión de protocolos de utilización de productos en programas de crónicos.

Con el objetivo de racionalizar el suministro del material sanitario a pacientes crónicos a su utilización real se han desarrollado programas de actuación para adecuar la periodicidad con la que se recetan / suministran algunos productos, tales como las tiras reactivas o pañales, y la desviación existente entre las necesidades reales y la demanda. Este hecho da lugar a que el receptor de dichos productos acumule un stock en su domicilio, que en ningún momento utilizará, pero que sí que implica un desembolso de dinero para el Servicio Aragonés de Salud.

Se ha puesto en marcha una aplicación informática diseñada específicamente para el control de absorbentes de orina (SUMA), que integra información de prescripción controlado por el Servicio de Farmacia, adquisición (SERPA) y datos de usuarios (BDU).

También se ha desarrollado un programa de control de gasto y utilización para tiras reactivas en Atención Primaria.

8. Mejorar los tiempos de pago y la forma de pago a los proveedores.

El objetivo en 2010 fue mejorar el periodo de pago a los proveedores acercándonos a la exigencia legal de los 55 días legalmente establecidos hasta 31-12-2010.

Con este objetivo, mediante la reducción de plazos de pago, se pretendía conseguir una serie de beneficios. Los principales eran:

- a. Ahorro de los intereses de demora.
- b. Ahorro en costes de gestión.
- c. Estabilización o reducción de precios, al mejorar el escenario y nuestra imagen para plantear una negociación de precios con el proveedor.

Aún cuando se ha logrado conseguir a lo largo del ejercicio 2010 una reducción de los plazos medios de pago, no se han alcanzado los requeridos legalmente debido a no haber podido contar con los recursos presupuestarios acordes con el gasto real del Servicio Aragonés de Salud y no disponer de los instrumentos financieros necesarios para acomodar las necesidades de Tesorería al calendario de pagos.

En cuanto a la utilización de instrumentos financieros se abordó la realización de un estudio para utilizar como forma de pago el sistema de CONFIRMIG para permitir una estabilidad en la planificación de pagos a los proveedores, que permitiría un aislamiento para los proveedores de las posibles fluctuaciones en la disponibilidad de liquidez y presupuesto del SALUD lo que se traduciría en una disminución de la incertidumbre del periodo de pago y por tanto una mayor confianza en la solvencia del SALUD.

9. Control de temperatura de los edificios.

Su finalidad es la fijación de estrategias comunes con los diferentes sectores que faciliten un cambio en la tendencia creciente de consumos de los edificios sanitarios, tanto de energía primaria (electricidad, gas y gasóleo) como de agua.

Los objetivos se fijaron un 5 % de ahorro en Energía eléctrica y 5% en gas, otros combustibles y agua, respecto del gasto del año 2009

Las medidas planteadas para conseguir esos objetivos son:

CONSUMO ENERGÉTICO

1.-Eliminación de lámparas de incandescencia en cualquier edificio dependiente del SALUD, priorizando las situadas en zonas con mayor intensidad de uso: consultas, zonas comunes, despachos, aseos... Se sustituirán por luminarias de mayor eficiencia,

preferentemente fluorescencia de nueva generación. Se marca un plazo de dos años para la completa eliminación.

2.-Desconexión del alumbrado arquitectónico de fachadas en todos los edificios dependientes del SALUD, salvo el diseñado para marcar los accesos y la señalética de información

3.-Instalación progresiva de interruptores temporizadores en el alumbrado de aseos de público y aseos de trabajadores. Igualmente en vestuarios de personal, en archivos, en zonas de servicio y en pasillos cuya intensidad de uso tenga oscilaciones muy importantes a lo largo de la jornada, se procederá a la colocación de detectores de presencia que permitan reducir el nivel de la iluminación en un porcentaje superior al 50% ó en su caso, el apagado total. Debido al elevado coste de su implantación generalizada, se deberá priorizar su colocación en zonas que permitan retornos rápidos de la inversión.

4.-Realización de un control sistemático (mensual) de la energía reactiva en edificios con suministro en media tensión, aplicando las medidas técnicas adecuadas para su compensación, en su caso.

5. Fijación de los niveles de temperatura de los edificios del SALUD:

A) Climatización-temporada verano: La temperatura fijada para centros de salud y centros de especialidades y zonas hospitalarias asimilables a algunas de las anteriores(administración, despachos, consultas,) es mayor ó igual a 25° C. En los Servicios Centrales SALUD es mayor ó igual a 26° C

B) Calefacción- temporada invierno: Las temperaturas fijadas son de menor o igual a 23° C, y menor ó igual a 21° C en Servicios Centrales.

6.-Plantear una gestión dinámica de las instalaciones claramente diferenciada, dependiendo de la intensidad de los flujos de usuarios en los centros, permitiendo la reducción paulatina de las consignas de potencia y temperatura de los equipos de generación de frío ó calor o incluso su apagado en la última hora ó fracción horaria final de apertura del centro sanitario en el caso de edificios con horario de cierre.

CONSUMO DE AGUA:

1.-Sustituir durante el año 2010 los difusores actuales por otros con aireadores de ahorro de caudal en todos los grifos de los edificios del SALUD.

2.-Reducir a un máximo de 24 horas desde el aviso, los tiempos de respuesta en las reparaciones de fontanería que lleven aparejadas pérdidas de agua de los equipos ó la red privada del edificio.

3.-Actuar sobre los descargadores de las cisternas de los inodoros para reducir el volumen de agua en cada uso.

AUDITORIA ENERGÉTICA

Una de las carencias importantes que se detectan es la necesidad de poner a disposición de todos los implicados experiencias favorables que se pueden aplicar en un determinado edificio. Para facilitar la aplicación de nuevas líneas de trabajo que se están utilizando en otras Comunidades Autónomas, se ha realizado una auditoria energética en el Hospital Royo Villanova. La misma incluía tanto el análisis de lo existente como la aplicación inmediata de nuevos protocolos que permitan la reducción sustancial de consumos energéticos y su extensión a otros centros.

10. Contratación unificada Servicios de Limpieza de los Centros Sanitarios.

Durante 2010, se licitó un concurso único para la contratación de los servicios de limpieza de todos los centros sanitarios distribuido por lotes por centros directivos para su ejecución durante los años 2011-2012-2013.

El resultado ha sido de un ahorro cercano al 6% anual, sobre el gasto de 2010 a precios de diciembre de 2010, lo que representan alrededor de 2.000.000 de euros anuales.

11. Suministro de medicamentos a residencias

En 2010 se puso un marcha un plan para suministrar medicamentos a través de las farmacias hospitalarias a las Residencias de la tercera edad de la Comunidad Autónoma que tenían un consumo más elevado de medicamentos por paciente para mejorar el control de a medicación de estos pacientes, disminuir los stocks que acumulan estas residencias y abaratar costes respecto del aprovisionamiento de las mismas mediante recetas médicas.

Este Plan se está llevando a cabo también en 2011 año en el que ya se están registrando resultados positivos con una disminución de los gastos de receta médica con un incremento sensiblemente menor del gasto en capítulo II.

12. Compra centralizada de medicamentos

En 2010 se ha continuado intensificando la adquisición centralizada de medicamentos, fundamentalmente mediante acuerdos marco, especialmente de aquellos grupos terapéuticos en los que existe competencia real entre laboratorios y por tanto son susceptibles de obtener mejoras en los precios respecto de los autorizados por el Ministerio de Sanidad.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

www.mspsi.es