

# Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010 Murcia





# 1 Introducción

El año 2010 ha sido un año de evidentes dificultades económicas, que se enmarcan en el contexto de la crisis en que nos encontramos inmersos, y que han requerido nuevos planteamientos que permitan mantener la cantidad y calidad de los servicios sanitarios que demandan los ciudadanos y que ofrece el SNS. El presupuesto sanitario de esta CC.AA a pesar de no haberse reducido respecto de ejercicios anteriores, se enfrenta, como es habitual, a un aumento de la demanda de servicios en todos sus niveles, lo que exige la búsqueda de fórmulas y soluciones imaginativas que permitan compensar este desfase.

La Consejería de Sanidad y Consumo se ha inspirado en la consideración de que es necesario que los ciudadanos dispongan de un sistema sanitario más cohesionado para garantizar su sostenibilidad y permitir que las generaciones futuras también puedan disfrutarlo.

La financiación del sistema sanitario es un tema "prioritario" que debe abordarse de forma "urgente" por todos los responsables sanitarios de las distintas comunidades. El acceso a la Sanidad es uno de los "pilares básicos" del Estado de Bienestar y, por ello, debemos emprender políticas consensuadas que redunden en beneficio del sistema sanitario y de los derechos de nuestros ciudadanos.

En España disponemos de una de las carteras más amplias de servicios, y en nuestra comunidad, como refleja el presupuesto regional, hacemos un esfuerzo importante para fomentar la calidad, renovar equipos y seguir potenciando la formación de nuestros profesionales.

La titular de Sanidad siempre ha considerado que en la Región de Murcia se han de concretar medidas enfocadas a "cuidar y mantener" el sistema sanitario regional. Entre ellas destacan las políticas orientadas a promover el uso racional del medicamento y la sensibilización del ciudadano y del profesional en tanto que "piezas claves" del sistema sanitario.

Además, se ha procedido a la reestructuración del Mapa Sanitario Regional para mejorar la continuidad del proceso asistencial entre Atención Primaria y Hospitalaria y la puesta en marcha de la Unidad de Aprovisionamiento Integral (UAI), que engloba la Central de Compras y Plataforma Logística del SMS.



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

### 2.1 El Plan de Salud 2010-2015

El Plan de Salud 2010-2015, aprobado en 2010 ha sido elaborado en plena crisis económica, por lo que su redacción y contenido tienen como fondo la sostenibilidad del sistema sanitario.

El Plan responde a un proceso de planificación sanitaria de carácter dinámico, en el que, a partir de la situación actual, se establece un futuro deseable mediante la propuesta de aquellas intervenciones que son más pertinentes, factibles y eficaces según la evidencia disponible, con la finalidad de mejorar la salud y la calidad de vida de los ciudadanos. Introduce objetivos de salud a largo plazo basados en un concepto positivo de esta, orienta al sector sanitario sobre cómo lograr la mejora de la salud de la población y se extiende la responsabilidad sobre ella a ámbitos no estrictamente sanitarios, así como a los propios ciudadanos.

El plan da respuesta también a otras iniciativas relacionadas, tanto regionales, como nacionales y europeas. En este sentido, hay que destacar, entre otras, el Plan Estratégico de la Región de Murcia 2007-2013, la política de “Salud para Todos en el Siglo XXI” establecida por la Oficina Regional Europea de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la nueva Estrategia Sanitaria Europea (“Juntos por la salud: una estrategia para la UE, 2008-2013”).

Esta iniciativa es esencial para que el Sistema Sanitario pueda evolucionar de manera paralela a la nueva realidad sociodemográfica de la Región, adaptándose con éxito a las necesidades y expectativas que plantean los ciudadanos y la sociedad actual.

En esta línea, se han diseñado acciones dirigidas a proteger la salud de la población, reforzar el sistema sanitario para que responda con mayor eficacia a los desafíos de la medicina moderna, actuar sobre las desigualdades como condicionantes claves para mejorar la salud del conjunto de la sociedad, y la implicación de las personas en su salud.

Para ello, se han implicado a todos los actores de la sociedad y del sistema sanitario de la Región, más de 90 profesionales integrados en esos seis grupos de trabajo multisectoriales, que han desarrollado las líneas de actuación para fijar las acciones específicas que debe poner en marcha el Gobierno regional con el fin de mejorar la salud de los murcianos durante los próximos siete años.

Para dar forma al Plan, se organizó el trabajo en cuatro fases, una primera de análisis de la situación actual de salud, seguida de una identificación de las principales líneas de actuación, para, a continuación, definir los planes de acción específicos para el desarrollo

de esas líneas de actuación identificadas y, por último, la cuarta fase comprende el diseño de los mecanismos para el seguimiento del Plan.

## Líneas de actuación

Hasta el momento se ha realizado un análisis de situación y se han identificado ocho líneas de actuación, que son las siguientes:

- Promover la implicación de ciudadano con su salud fomentando conductas y estilos saludables de vida.
- Desarrollar y reforzar políticas sanitarias e intersectoriales para promover la salud en la población, generar entornos saludables de vida, mejorar la calidad del medioambiente (aire, agua y otros riesgos) y potenciar los mecanismos de prevención y seguridad de la salud colectiva.
- Potenciar la Atención Primaria como base del sistema sanitario, ya que sus profesionales son el principal interlocutor del paciente y gestores de su salud, y como promotor de la salud colectiva. Al tiempo que se mejora la práctica clínica, promoviendo la continuidad de cuidados y la seguridad clínica.
- Fortalecer el sistema de gestión para mejorar la respuesta de las organizaciones y profesionales.
- Consolidar y mejorar los enfoques preventivos, diagnósticos y de tratamiento del cáncer.
- Reforzar los abordajes transversales de las patologías crónicas, mediante el desarrollo y evaluación de vías clínicas integrales entre niveles, así como mejorar la efectividad de los tratamientos curativos, rehabilitadores y paliativos.
- Reforzar la coordinación con los dispositivos sociales y de asistencia a la dependencia para promover la autonomía de los ciudadanos.
- Actuar sobre las desigualdades en salud que en gran parte son condicionantes de los resultados desfavorables evidenciados.

Una vez fijadas las líneas de actuación, cada grupo de trabajo profundiza sobre una de las seis primeras líneas de actuación, ya que las dos últimas, reforzar la coordinación con los dispositivos sociales y actuar sobre las desigualdades son transversales a todos los grupos. Para determinar estas acciones se llevó a cabo una evaluación del Plan de Salud 2003-2007.

También se realizaron encuestas a informadores clave –en concreto a 800 personas de la Consejería de Sanidad y Consumo, del Servicio Murciano de Salud, así como a los miembros del Consejo de Salud– orientadas a identificar las principales iniciativas a incorporar en el nuevo Plan, y se estudiaron las acciones acometidas por la Unión Europea, el Ministerio de Sanidad y Consumo y las diferentes comunidades autónomas para mejorar la salud de los ciudadanos.

El desarrollo de Plan de Acción para la Mejora del Uso de los Medicamentos incluido en el Plan de Salud ha permitido por su parte poner en marcha algunas medidas de gran trascendencia económica, fundamentalmente en la reducción de la factura farmacéutica.

## 2.2 Las Gerencias de Área como nuevo modelo de gestión

La ordenación de los Servicios de Salud viene reflejada en la Ley 14/1986 de Abril, General de Sanidad.

Se establecen Demarcaciones territoriales: Areas de Salud con su Hospital de Referencia y Zonas básicas de Salud, conformando el Mapa Sanitario.

En la Región de Murcia, se desarrolla según RD 27/87 la Ley General de Sanidad conformando 6 Areas de Salud- 7 Hospitales de Referencia, con Gestión a nivel de AP independiente de la Gestión de A. Especializada

En el año 2002 de asumen las competencias en materia de Sanidad, la Gestión de los Servicios sanitarios.

En el transcurso de éstos años se ha puesto de manifiesto que:

- Es necesario adaptar las estructuras existentes a los nuevos retos
- Hay que adoptar reformas en la Gestión de los Servicios de Salud para:
  - Mejorar la eficiencia
  - Incrementar la Coordinación asistencial
  - Buscar un eje común en los niveles asistenciales.
- Por ello con la Orden de 24 de Abril de 2009 la Consejería aprueba un nuevo mapa Sanitario de la Región de Murcia, dando un primer paso para cambiar a un Nuevo Modelo de Gestión donde la atención Primaria y la Atención Especializada es Gestionada por el mismo equipo Directivo en las GERENCIAS DE AREA.
- Para ello se han incrementado las Areas de salud, pasando de las 6 existentes a 9, con redistribución de la adscripción de zonas básicas de salud. Haciendo una reordenación de las mismas.
- Con ello se pretende mejorar la asistencia a los ciudadanos y facilitar que la atención desde cualquiera de los dos niveles transcurra sin fisuras hacia el otro.

Desde el día 1 de Enero de 2010 el mapa Sanitario de la Región está pues organizado y distribuido en el modelo de Gestión de Gerencias de Area, donde se organiza y gestiona con una visión integrada la Atención Primaria y la Atención Especializada, donde el valor y éxito del proyecto ha de consistir en que el paciente sea atendido y seguido en su proceso de igual forma, sea cual sea la puerta de entrada a esa atención.

En el tiempo transcurrido vamos haciendo valoraciones de resultados y seguimiento de incidencias y si bien no podemos tener resultados espectaculares, sí que podemos informar del gran número de profesionales que están trabajando en protocolos de derivación, en facilitar los trámites administrativos a los pacientes, sea cual sea el nivel en que se les atiende, protocolos de continuidad en los cuidados, consultas de alta resolución en todas las áreas.

En el transcurso del año 2010, si bien es cierto que no se puede hablar de resultados espectaculares, sí de una tendencia a la disminución de las derivaciones desde A. Primaria, así como un incremento en las peticiones de exploraciones complementarias en éste nivel asistencial.

## 2.3 Proyecto Enfermera Gestora de casos

Dada la situación de datos sociodemográficos y asistenciales, donde nos encontramos con unos porcentajes de población mayor y que atendemos en nuestro sistema como pacientes crónicos pluripatológicos, iniciamos en Marzo 2010 el pilotaje de dicho proyecto en el Área IX. Los recursos han sido mínimos dado que lo que se pretende es reorganizar los ya existentes y enmarcarlos en el Proyecto Sociosanitario de la Consejería de Sanidad. Durante el año en curso pretendemos avanzar en dicho proyecto en ésta y otras Áreas, de forma paulatina y reorganizando recursos.

## 2.4 Proyectos en fase de implantación/Extensión

- \*Programa regional de cardiopatía isquémica
  - \*Estrategia Regional del Epoc
  - \*Estrategia Regional del Ictus
  - \*Proyecto Regional de financiación del tratamiento farmacológico de deshabituación tabáquica. Extendido en las Áreas III,II,I se ha visto modificado y se está trabajando en dicha estrategia sin financiación, al igual que en los inicios de su extensión en las Áreas VI, VII y VIII.
  - \*Control y seguimiento de embarazo con identificación de embarazos de riesgo, según modelos implantados en el Area I y II, de Unidades de Medicina Materno Fetal.
- Sin duda la situación que vivimos afecta a todos los proyectos, que han de extenderse con recursos muy limitados.

## 2.5 Accesibilidad, organización y eficiencia de los servicios asistenciales

Las medidas de austeridad llevadas a cabo en la CCAA, han incidido de forma directa en nuestras listas de espera, a pesar de los planes establecidos para la mejora de los rendimientos quirúrgicos, con aprovechamiento eficiente de la jornada ordinaria, y como consecuencia de la disminución de programas quirúrgicos autoconcertados.

Sin duda las modificaciones en la asignación de presupuestos van a ir traduciéndose en modificaciones en los indicadores de Contratos de Gestión.

## 2.6 Estructuras Sanitarias

Sin duda la apertura de dos Hospitales en nuestra Región, Nuevo Hospital del Mar Menor (Area VIII) y HUSLucía en Cartagena, en la situación actual ha sido un gran reto. Durante 20210, se ha trabajado de forma minuciosa y con criterios de contención del gasto, adjudicando los recursos imprescindibles para el inicio de los mismos.



### 3 Mejoras de la gestión de recursos humanos. Medidas adoptadas por el Servicio Murciano de Salud en el campo de los recursos humanos, ante la situación de crisis económica.

#### 3.1 No aplicación de subidas en el gasto en el Plan de Formación Continuada del Servicio Murciano de Salud 2010, respecto a 2009

El Servicio Murciano de Salud estableció –con cargo a fondos propios- similar aportación (+3.900 euros aprox.) a la realizada en 2009, al Plan de Formación Continuada de su personal. El presupuesto global desciende ligeramente, con mayores aportaciones del Ministerio para las Administraciones Públicas e inferiores de la Consejería de Sanidad y Consumo.

#### 3.2 Control del absentismo laboral

Se desarrolló un Plan de Inspección más estricto de las bajas médicas y en los contratos de gestión se limitó la dotación para este fin. Hubo un Plan específico centrado en los hospitales de la capital y área metropolitana.

El absentismo en 2010 se mantuvo, no obstante, en unas cifras parecidas a las de 2009 con una bajada del % de absentismo del 0,15%, pero con un leve incremento del % de sustitución. El coste es por tanto, teniendo en cuenta el crecimiento de personal, sigue una tónica parecida a la de 2009.

#### 3.3 Limitación en el nombramiento de nuevo personal eventual

Salvo situaciones de urgencia o excepcionales, cualquier crecimiento del personal eventual/fuera de plantilla, requirió en el ejercicio 2010, de un consenso/autorización de los órganos directivos del Servicio Murciano de Salud, siendo habitualmente la Dirección General de Asistencia Sanitaria y el mismo Consejo de Administración de este ente público, los que prestaron la conformidad.

Como anticipo a la puesta en marcha de las nuevas infraestructuras hospitalarias en 2011, concretamente dos nuevos hospitales, uno en Cartagena, el de “Santa Lucía”, que coexistirá con el antiguo “Santa M<sup>a</sup> del Rosell”, agrupados como Complejo Hospitalario de Cartagena, y otro en el Mar Menor, denominado “Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor” que sustituye al antiguo Hospital “Los Arcos” con un crecimiento muy importante en instalaciones y cartera de servicios, comenzó la realización de nombramiento de personal eventual, con criterios restrictivos.

La situación de crisis determinó un especial estudio de las necesidades más apremiantes en materia de personal para priorizarlas.

Con carácter general y por atender necesidades estables, pasarán a transformarse en puestos de plantilla en el futuro.

Salvo estas excepciones y alguna otra puntual (exceso de tarjeta sanitaria en Primaria, puesta en marcha o ampliación de servicios por gran demanda,...) el crecimiento en el número de eventuales tendió a 0, teniendo en cuenta además que en ocasiones existían plazas de plantilla no ocupadas, en la categoría correspondiente.

### 3.4 Limitación en el nombramiento de personal de sustitución de vacaciones

Se mantuvieron reuniones con los responsables de las distintas Gerencias/Centros adscritos al Servicio Murciano de Salud, con la idea de que el personal disfrutara de sus vacaciones de forma más escalonada, aprovechando de forma más intensa los meses de junio y septiembre y liberando meses de vacaciones en julio y agosto, lo que permitió limitar la necesidad de sustitución. Además, se realizó la consigna de no sustituir en los casos en que existiera suficiente personal en la unidad que no hiciera imprescindible la sustitución.

Aunque el comportamiento no fue igual en todos los casos y en atención primaria es más difícil reducir este concepto, se produjo un menor gasto que en 2009, sobre todo por el ahorro producido en algunos hospitales importantes de la Región; por ejemplo el “Virgen de la Arrixaca” o “Morales Meseguer” (entre el -9% y el -10%), aunque también es cierto que a partir de junio se produjo una rebaja en las retribuciones.

### 3.5 Limitación en la utilización de la prolongación de jornada

La instrucción general fue permitir el uso de este recurso cuando realmente existiera una baja inesperada del personal, que impidiera de forma racional acudir a un llamamiento de bolsa o para picos de actividad que requirieran una experiencia previa y contrastada de determinado personal. El ahorro conseguido respecto a 2009, fue aproximadamente de un 29,80%.

### 3.6 Limitación en la utilización del uso de la autoconcertación (reducción de listas de espera) de consultas, quirúrgicas y trasplantes

Se dieron consignas a los responsables de las Gerencias para que se produjera una utilización mayor de los quirófanos en horario ordinario, con lo que se ha conseguido que el gasto en 2010, sea prácticamente el mismo que en 2009. Se pretende avanzar en el ahorro por este concepto para 2011 y conseguir un considerable descenso en el gasto.

### 3.7 Reducción de las aportaciones al Plan de Pensiones del personal al servicio de la Administración Regional

Ante la situación de crisis económica, la Ley de Presupuestos Regionales para 2011, dispuso una reducción de las aportaciones al Plan de Pensiones para toda la Administración Regional. En el SMS, en su condición de promotor, realizó unas aportaciones inferiores en un 37,13% respecto al gasto 2009, a pesar de contar con más personal.

### 3.8 Paralización en el reconocimiento de nuevos niveles de carrera profesional en 2010

El Consejo de Gobierno de la Comunidad de Murcia, dispuso la paralización de nuevos reconocimientos de carrera profesional, a partir de 1 de enero de 2010, o dicho de otra forma, solo se abonan los niveles reconocidos con anterioridad a esa fecha. Por tanto y con carácter general –salvo personal con edades avanzadas que pudieron alcanzar un nivel superior- el personal del SMS que cumplió las condiciones establecidas, ha podido acceder al nivel III, pero no el nivel IV.

### 3.9 Revisión de subidas salariales inicialmente previstas para 2010 (también para 2011)

Se dispuso la no aplicación de determinadas subidas salariales que inicialmente estaba previsto llevar a cabo en el 2010 (y 2011):

- No se completó la incorporación de determinados porcentajes de complemento específico a las pagas extras, medida prevista en un Acuerdo Marco suscrito con las organizaciones sindicales. Afecta a los grupos A1 y A2.
- No se aplicó el inicial preacuerdo de subida del complemento de turnicidad para el grupo A2 sanitario.

- No se llevó a cabo una subida adicional de un 10% del valor de la tarjeta sanitaria, a efectos de productividad fija, de médicos de familia y pediatras y enfermeros de atención primaria, medida respecto a la que había un preacuerdo con las Organizaciones Sindicales.

### 3.10 Reducción de retribuciones del personal

El sueldo base, trienios y complemento de destino del personal sufrió a partir de 1 de junio de 2010 la misma reducción que en la Administración del Estado (incluso extras). El resto de complementos, incluida carrera, guardias, noches, festivos y turnos, etc, experimentó una reducción del 3,65%.

### 3.11 No convocatoria de Oferta Pública de Empleo en 2010

En 2010, no se convocó Oferta Pública de Empleo. Se ha avanzado en la multitud de procesos selectivos, convocados conforme a la Oferta Pública de Empleo de 2008.

## 4 Estrategias y actuaciones realizadas para la mejora en la gestión de la compra de bienes y servicios, y cobros a terceros

### 4.1 Líneas de actuación de la unidad de aprovisionamiento integral del Servicio Murciano de Salud

El Servicio Murciano de Salud (SMS), dada la situación económica actual, lleva varios años trabajando en iniciativas de reducción de costes, una de ellas es la creación e implantación de la Unidad de Aprovisionamiento Integral (UAI).

La UAI nace con la finalidad de centralizar la gestión de las compras y la logística de todo el SMS desde una unidad central, manteniendo y mejorando el servicio actual y con un enfoque global de reducción de costes.

- Centralización de compras en forma de centralización de concursos de materiales sanitarios y no sanitarios para todo el SMS.
- Centralización del aprovisionamiento y la logística, gestionando desde la identificación de la necesidad hasta el suministro a punto final de consumo donde se ha identificado la necesidad, pasando por los correspondientes procesos de aprovisionamiento, preparación, transporte y distribución a punto final de consumo. El almacenamiento de los materiales se realiza en una plataforma central, encargándose del almacenamiento, preparación, transporte y distribución a los puntos finales de consumo.

La UAI consta de 4 pilares básicos, que permiten la realización de los objetivos de reducción de costes marcados. Las líneas de actuación que se están siguiendo en cada uno de ellos son los siguientes:

- PLANIFICACIÓN DE COMPRAS:
  - Área en la que se definen los concursos centralizados de compras para todo el SMS. En la actualidad se dispone un plan a tres años para centralizar el 85% del volumen de compras de materiales sanitarios y no sanitarios del SMS. Volumen de compras cifrado en 159 M€ el pasado año 2010.
  - La situación actual del citado plan de centralización de compras es el siguiente:
    - Concursos adjudicados: (6 por un importe total anual de 17.015.712,10€ año, con un ahorro medio del 16%, equivalente a 2.743.893,73€ año).
    - Agujas de uso general (902.632,14€ año adjudicados con un ahorro medio del 19,29%).

- Jeringas (733.606,52€ año adjudicados con un ahorro medio del 15,6%).
- Catéteres periféricos (553.508, 86€ año con un ahorro medio del 40,96%).
- Material de incontinencia (2.205.956,59€ año con un ahorro medio del 10,00%).
- Tiras reactivas determinación de glucosa en sangre (6.553.257,35€ año con un ahorro medio del 17,58%).
- Cirugía cardíaca, DAIS (3.001.938,01€ con un ahorro medio del 10,87%).
- Concursos publicados: (8 concursos publicados por un importe total de 5.634.693,08€ El precio de licitación se ha reducido en un 13% de media con respecto a los precios actuales de compra del SMS, para dar un ahorro teórico total de 704.336,63€ año. El ahorro final, dependerá del precio final de adjudicación de cada uno de los concursos).
  - Guantes (1.755.103,15€ año con un ahorro teórico del 2%).
  - Terapia / apósitos de vacío (360.775,50€ año con un ahorro teórico del 5%).
  - Implantes de neuroradiología (1.560.033,00€ año con un ahorro teórico del 9%).
  - Infusión por gravedad (1.268.007,80€ año con un ahorro teórico del 5%).
  - Sistemas de nutrición enteral (293.649,30€ año con un ahorro teórico del 30%).
  - Brazaletes de seguridad (141.046,88€ año con un ahorro teórico del 7%).
  - Traductores de presión – cable (99.423,45€ año con un ahorro teórico del 18%).
  - Grapadoras de piel (156.654,00€ año con un ahorro teórico del 24%).
- Concursos en fase de análisis: (18 concursos por un valor de aproximado de 55.633.446,74€ año, con fecha de publicación prevista durante el 2011).
  - Reactivos de Bioquímica.
  - Implantes traumatología.
  - Vendas.
  - Gasas.
  - Apósitos.
  - Papelería (DIN A4 y DIN A3).
  - Material informático.
  - Material de oficina.
  - Prótesis cardíacas (Stents, dispositivos de oclusión y dispositivos valvulares percutáneos).
  - Bombas neuroestimulación y unidad del dolor.
  - Válvulas Cardíacas.
  - Infusión por bomba.

- Material de laboratorio-Tubos de extracción.
- Reactivos de microbiología.
- Material específico laparoscopia.
- Material de sutura I (Grapadoras mecánicas).
- Material de diálisis.
- Implantes de oftalmología.
- Concursos planificados: (15 concursos planificados por valor de 19.443.436,01€ año, con fecha de publicación prevista durante el 2011).
  - Lencería y vestuario.
  - Material de limpieza.
  - Material de sutura I (Suturas mecánicas, endosuturas y aplicadores).
  - Digestivo.
  - Sondas.
  - Bolsas y colectores de orina.
  - Material de recogida de datos.
  - Mat higinene y protección.
  - Material de Sutura II (Manual).
  - Material de osteosíntesis.
  - Implantes de columna.
  - Injertos óseos.
  - Fijadores externos.
  - Implantes de mama.
  - Reactivos de hematología.
- En resumen, se pretende que para finales del 2011 se habrán analizado y publicado de forma centralizada aproximadamente 47 concursos por un importe total de 98.080.884,84€ año.
- Aprovechando el análisis y publicación de concursos, se está realizando un trabajo de racionalización del catálogo de materiales, mediante la estandarización de uso de los mismos a través de las comisiones técnicas (detalladas más adelante).

— CATÁLOGO DE MATERIALES:

- Implantación de un modelo de catalogación propio. Modelo que incluye la implantación de una herramienta de catálogo y una guía de criterios y procesos de trabajo propios.
- El modelo de catalogación ha supuesto un cambio radical en los procesos internos de trabajo:
  - Proceso reglado por un workflow de validación.
  - Definición de comisiones de expertos por gerencia única (hospital + área de influencia) como comisiones técnicas, encargados de validar las solicitudes de altas realizadas desde cada una de las gerencias únicas.
  - Definición de requisitos mínimos necesarios para realizar solicitudes de alta de materiales:
    - Características mínimas (Material, descripción, función, consumo previsto, unidades logísticas, etc.).
    - Ficha técnica.

- Gant de material (Estudio de viabilidad del material/tecnología requerida).
- Gracias a la implantación del nuevo modelo de catalogación se está racionalizando el catálogo de materiales, estandarizando la forma de trabajo – buenas prácticas – y analizando en detalle las necesidades de materiales, tratando de reducir en todo momento los requerimientos desde el origen (petición de alta), posibilitando el control del gasto.
  - Fase 1 del modelo de catalogación (finalizada a finales del 2008): Creación del catálogo único.
  - Fase 2 del modelo de catalogación (actualmente en curso): Implantación de una herramienta, organización y procedimientos estandarizados de trabajo (realizado internamente).

— LOGÍSTICA:

- Transformación del modelo logístico actual del SMS.
  - Desde: Múltiples almacenes generales de hospital, almacenes de primaria, etc.
  - A: Un único almacén, encargado del almacenamiento, preparación y distribución de las necesidades de materiales generadas por cada uno de los puntos finales de consumo del SMS.
- Control de operaciones:
  - Automatización de los puntos de consumo para mejorar el servicio a los puntos finales de consumo.
    - Dobles cajones mediante gestión Kanban.
    - Armarios inteligentes para productos de alto impacto económico.
  - Reducción de inventarios:
    - En puntos de consumo mediante el cambio en las frecuencias de suministro.
    - Mediante la definición de políticas de inventario y la utilización de herramientas avanzadas de gestión (SAP).
- Aprovisionamientos:
  - Aprovisionamiento de necesidades en base a consumos reales de materiales.
  - Aplicación de herramientas avanzadas de gestión en la planificación del aprovisionamiento (MRP de SAP).

— COMISIONES TÉCNICAS:

- El SMS ha establecido un nuevo marco de comisiones técnicas para la gestión más eficaz de las necesidades de materiales generadas desde sus gerencias únicas:
  - Comisión estratégica de expertos:
    - Vinculada directamente a la gerencia del SMS.
    - Con el objetivo principal de definir las líneas estratégicas para la incorporación de nuevas tecnologías y materiales dentro del SMS.
    - En la actualidad se encuentra en fase de creación.



- Comisión técnica central: (permanente) → Relacionada con la UAI.
  - Formada a partir de los responsables de recursos materiales de enfermería de cada una de las gerencias únicas y los responsables de la UAI.
  - Con el objetivo de validar las necesidades de materiales generadas desde las gerencias únicas (materiales relacionados con enfermería) y el desarrollo de los pliegos técnicos de los concursos centralizados anteriormente mencionados.
- Comisión técnica central: (no permanente) → Relacionada con la UAI.
  - Formada a partir de un grupo de expertos clínicos pertenecientes a las gerencias únicas.
  - Con el mismo objetivo que la comisión técnica central permanente, pero para materiales específicos de cada una de las especialidades del SMS (cardiología, traumatología, cirugía, etc.).
- Comisión técnica de gerencia única:
  - Su misión es supervisar y validar todas las solicitudes de alta de materiales para su uso dentro de cada gerencia única.
  - Uno de sus integrantes (responsable de recursos materiales), pertenecerá a su vez a la comisión técnica central permanente que se encuentra en relación directa con la UAI.



# 5 Estrategias y actuaciones relacionadas con el uso racional del medicamento

## 5.1 Plan de Acción para la Mejora en el Uso de los Medicamentos 2009-2011

El Gobierno regional, consciente de la necesidad de frenar el gasto farmacéutico, ha continuado desarrollando medidas como el Plan de Mejora en el Uso de los Medicamentos 2009-2011, que promueve el uso racional de los fármacos y que ya ha logrado una disminución del consumo de antibióticos en la Comunidad Autónoma del 30 por ciento.

El Plan de Mejora para el Uso de los fármacos está integrado por 22 líneas de actuación, entre las que destacan el Programa de Atención a Pacientes Polimedicados, para mejorar la calidad de vida de estos enfermos con la implantación de la Guía terapéutica integrada en la Historia Clínica de todos los pacientes, o el proyecto 'Happy Audit' para mejorar la prescripción de antibióticos.

## 5.2 El Plan de Prescripción por Principio Activo

Durante 2010 se han establecido las bases del programa de sustitución de fármacos (prescripción por principio activo) que se incluye dentro del Plan de Acción para la Mejora del Uso de los Medicamentos de la Región de Murcia. Este programa deberá estar implementado con las cinco moléculas elegidas inicialmente, el 30 de junio de 2011. El proyecto se inicia en la atención primaria y basa su fortaleza en el hecho de que son los profesionales sanitarios quienes aprueban de manera individualizada para cada paciente la sustitución de medicamentos de marca por prescripción por principio activo o medicamento genérico.

En principio se dirige a pacientes crónicos y a cada profesional médico de los Centros de Salud se le facilita un listado de pacientes con la medicación actual y la propuesta de la Consejería-SMS: cada profesional puede optar por mantener el tratamiento en vigor o adoptar la sustitución propuesta.

Como herramientas de apoyo, al aplicativo informático de la prescripción (OMI-AP) se han añadido dos módulos, uno de los cuales permite instrumentar los cambios de medicación aprobados por los médicos, y un módulo de alertas que entre otras funcionalidades, alerta al profesional cuando en primera prescripción receta alguno de los fármacos sujetos a sustitución.

Paralelamente se informa al Colegio de Farmacéuticos y a las farmacias del área de los cambios realizados para evitar problemas de abastecimiento. El programa ha sido

previamente presentado a las gerencias de área y coordinadores de centros de salud, con quienes se discuten las ventajas, dudas e inconvenientes que suscita.







GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD

[www.mspsi.es](http://www.mspsi.es)