



**Govern de les Illes Balears**  
Conselleria de Salut i Consum

**ISLAS BALEARES**

**Informe Anual  
del  
Sistema Nacional de Salud 2004**

## 1. Características socioeconómicas y demográficas de la población:

En la actualidad, según los últimos datos oficiales publicados por el IBAE (instituto Balear de Estadística) que hacen referencia al padrón de 2004, en las Islas Baleares se encuentran empadronadas 955.045 personas.

La población de la CA de les Illes Balears ha experimentado un importante crecimiento demográfico en los últimos años. Siguiendo con los datos del padrón, en el período 1999-2004, se ha producido un crecimiento del 16,21%. Por islas, Ibiza es la que experimenta un mayor crecimiento (22,16%), seguida de Formentera con un (18,87%), Menorca (17,01%) y Mallorca (15,31%).

A partir de la revisión del padrón de 2003, la distribución de la población en las Baleares según su lugar de nacimiento es la siguiente: el 58,47% son nacidos en las Islas Baleares, el 26,12% son nacidos en otras CCAA, el 6,34% son nacidos en la UE-25 y, por último, el 9,07% son nacidos en otros países extranjeros fuera de la EU-25.

Por lo que respecta a la base de datos de tarjeta sanitaria del Servicio de Salud de las Islas Baleares, en enero de 2005 figuraban en dicha base 951.436 usuarios. Esto supone, en términos de crecimiento acumulado, que en el periodo 1999-2005 se ha producido un incremento del 24,73%. En el último quinquenio el crecimiento siempre se ha situado por encima del 3,61%, siendo el año 2004 respecto al 2003 el de mayor crecimiento con un 6,01%. La distribución por sexos de esta población nos indica que el 50,47% son mujeres (480.227) y el 49,53% son hombres (471.209). Por tramos de edad, hay 140.544 menores de 14 años, 682.025 personas entre 15 y 64 años, y 128.867 mayores de 65 años.

Se prevé que el año 2005 sea un año de gran crecimiento demográfico puesto que a la tendencia seguida en los últimos años habrá que añadir el efecto producido por la regularización de inmigrantes. Respecto a la tasa de actividad, ocupación y paro, en la siguiente tabla comparamos para el período 2000-2005 la situación de nuestra Comunidad Autónoma respecto del Estado:

Tasa de actividad, ocupación y paro. Illes Balears-España						
	Tasa de actividad		Tasa de ocupación		Tasa paro	
	Illes Balears	España	Illes Balears	España	Illes Balears	España
2000	57,9	53,6	54,2	46,1	6,4	13,9
2001	57,8	52,9	54,4	47,3	5,9	10,5
2002	59,9	54	55,6	47,9	7,3	11,4
2003	61,3	55	55,6	48,8	9,3	11,3
2004	61,8	55,8	56,2	49,8	6	10,8

Fuente: INE

Tasa de paro: % de parados respecto a la población activa de cada grupo de edad

Por lo que respecta a la evolución del nivel económico, por habitante y año, en la tabla siguiente mostramos la renta disponible y el porcentaje de variación, de nuestra Comunidad y su relación con el del Estado:

Evolución del nivel económico, por habitante y año Illes Balears-España. 2002		
	renta disponible 2002 (en €)	nivel de variación 97-02
Illes Balears	12.300-13.000	43%-48%
España	9.700-10.800	33%-37%

Fuente: Anuario La Caixa

## 2. Desarrollo normativo e institucional:

Dentro de los más relevantes, como consecuencia del proceso de transferencia en materia de competencias de gestión sanitaria, se encuentra la Ley 5/2003 de 4 de abril de salud de les Illes Balears. Se configura como el instrumento normativo más importante de la Comunidad Autónoma para articular el compromiso con los ciudadanos, de cara a la protección de un aspecto tan esencial de la persona como es la salud. La Ley tiene como eje central la atención de la salud del ciudadano en todas sus vertientes, desde la educación para la salud, las acciones preventivas, las medidas públicas de protección de la salud individual y colectiva, hasta la atención de la enfermedad, la rehabilitación funcional y la reincorporación social del paciente. La Ley de Salud de las Illes Balears trata de recoger los aspectos más interesantes de las regulaciones comparadas, adaptados naturalmente a la realidad social, geográfica y sanitaria de las Illes, especialmente en la estructuración del modelo organizativo.

Por lo que respecta a la normativa realizada en 2004, destacamos por su importancia el decreto 44/2004, de 14 de mayo por el que se establece el régimen y funcionamiento del Consejo de Salud de les Illes Balears, que nace como órgano colegiado superior de participación comunitaria y de consulta del Sistema sanitario público que asesora en la formulación de la política sanitaria y en su ejecución. El Consejo permitirá que el ciudadano, por medio de sus representantes, participe en el seguimiento y control de los planes sanitarios desarrollados por el sistema sanitario de la CAIB y además evaluará resultados con la finalidad de obtener una mayor calidad de vida y bienestar general. Entre sus funciones se encuentra el asesoramiento en la formulación de políticas, la emisión de determinados informes, la consulta previa y la realización de propuestas a las autoridades sanitarias con lo que se abre un amplio abanico de posibilidades de hacer efectiva esta deseada participación.

También el decreto 88/2004, de 22 de octubre, regulador del Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de les Illes Balears. Se constituye como el órgano de la administración sanitaria de les Illes Balears encargado de la defensa de los derechos de los usuarios reconocidos en la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de les Illes Balears y en el resto de normativa general aplicable. El Defensor de los Usuarios tendrá plena independencia y autonomía funcional.

Y el decreto 19/2004, de 27 de febrero, por el que se modifica la ordenación sanitaria territorial de les Illes Balears. Este Decreto crea nuevas Zonas Básicas de Salud adaptando el territorio sanitario a las necesidades de la población.

Debe destacarse, también, el Decreto 41/2004, de 23 de abril, por el que se regulan las compensaciones de los usuarios del Servicio de Salud de las Illes Balears. Este Decreto tiene por objeto la regulación del procedimiento para la percepción de las compensaciones que, en concepto de dietas de transporte, pueden solicitar los beneficiarios de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social que sean usuarios del Servicio de Salud, cuando deban desplazarse para recibir asistencia sanitaria a otra área de salud.

Además, se describen en la tabla número 2 el resto de decretos, ordenes, acuerdos de Consejo de Gobierno y resoluciones realizados a lo largo del 2004 en esta materia.

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA: ISLAS BALEARES

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones	
Decreto regulador del Defensor del Usuario del Sistema Sanitario Público de les Illes Balears	88/2004 de 22 de octubre	Regula este órgano de la administración sanitaria, encargado de la defensa de los derechos reconocidos en la Ley 5/2003 de salud		
Decreto que establece el régimen y funcionamiento del Consejo de Salud de les illes Balears	44/2004 de 14 de mayo	Regula este órgano de participación comunitaria y de consulta del sistema sanitario público		
Decreto de modificación de la ordenación sanitaria territorial de les Illes Balears	19/2004 de 27 de febrero	Aprueba la modificación de la ordenación sanitaria territorial en cuanto a zonas básicas de salud		
Decreto que regula el ejercicio de la actividad de bronceado artificial	16/2004 de 13 de febrero	Regula los requisitos técnicos y sanitarios de los establecimientos no sanitarios de bronceado artificial		
Decreto por el que se regulan las compensaciones por desplazamiento de los usuarios del Servicio de Salud de las Illes Balears	41/2004, de 23 de abril	Regula el procedimiento para la percepción de dietas y gastos de transporte de los usuarios del Servicio de Salud		
Decreto de modificación del Decreto 105/1997, de 24 de julio, del reglamento de policía sanitaria mortuoria	87/2004, de 15 de octubre	Modifica y mejora los aspectos técnicos del Decreto 105/1997		
Decreto 93/2004, de 5 de noviembre, sobre Fórmulas Magistrales i Preparados Oficinales	93/2004, de 5 de noviembre	Determina los requisitos técnicos y sanitarios que han de reunir las oficinas de farmacia para la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales		

TABLA 2

NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004

CCAA:

ISLAS BALEARES

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones	
Orden por la que se regulan las cuantías de las compensaciones por desplazamiento de los usuarios del Servicio de Salud de las Illes Balears, así como el procedimiento para su obtención	13 de julio de 2004	Desarrolla el Decreto 41/2004, estableciendo las cuantías de las compensaciones y concretando algunos aspectos del procedimiento		
Orden por la que se regula la Comisión Institucional de Salud Mental de las Illes Balears y el Comité Técnico Asesor de Salud Mental de las Illes Balears	7 de mayo de 2004	Se regulan estos órganos, el primero con funciones de coordinación de las distintas administraciones y el segundo, con funciones de asesoramiento en la materia		
Orden por la que se crea el Consejo Asesor de Salud Mental	10 de mayo de 2004	Se crea este órgano con funciones de asesoría y orientación técnica y científica en		
Orden por la que se crea la Comisión de ordenación sanitaria territorial de las Illes Balears		Se crea este órgano con funciones de asesoramiento en la materia		
Orden que establece las condiciones, requisitos técnicos y el procedimiento de eutorización para la creación, modificación, traslado y cierre de hospitales	20 de febrero de 2004	Se modifica la Orden de 19-12-2000, en algunos aspectos técnicos y se regula la situación de los hospitales en funcionamiento antes de la entrada en vigor de dicha orden		
Orden por la que se crea la Comisión Institucional de drogas y la comisión técnica de drogas	de 9 de junio de 2004	Se crean estos dos órganos, el primero para promover estudios, informar, asesorar y coordinar a las administraciones, y el segundo, para asesorar técnicamente en la materia		

TABLA 2

**NORMAS LEGALES FUNDAMENTALES EN MATERIA DE SALUD EN 2004**

CCAA:

**ISLAS BALEARES**

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones	
Acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se aprueba la creación del Consorcio de Recursos Sociosanitarios y asistenciales de Mallorca	de 16 de enero de 2004			
Acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se aprueba la creación del Consorcio de Recursos Sociosanitarios y asistenciales de Ibiza y Formentera	de 16 de enero de 2004			
Acuerdo del Consejo de Gobierno que autoriza la constitución de la Fundación Caubet Centro Internacional de Medicina Respiratoria Avanzada de les Illes Balears "Caubet Cimerà Illes Balears"	de 13 de diciembre de 2004			
Resolución Dirección Gerencia Ib-salut que modifica complementos retributivos (complemento específico)	17/03/2004	Personal facultativo estatutario de Ib-salut		
Acuerdo para la homologación y homogeneización de las condiciones laborales del personal de las Fundaciones Son Llàtzer y Manacor	17/03/2004	Todas las categorías	Homologar al régimen estatutario	
Resolución Secretaría General Ib-salut sobre nuevo procedimiento acreditación del complemento específico	31/03/2004	Personal facultativo estatutario de Ib-salut	BOIB nº 55, de 22/04/2004	

### 3. Planificación y Programas Sanitarios:

El 1 de enero de 2002 la CCAA de les Illes Balears asumió la competencia de la gestión sanitaria convirtiéndose en una única administración sanitaria. La integración de todos los recursos sanitarios referidos tanto a la Administración Sanitaria (salud pública, promoción y prevención de la salud) como a los recursos asistenciales públicos, la capacidad normativa reguladora, la unidad de financiación presupuestaria permite orientar la planificación sanitaria hacia el desarrollo de actuaciones no sólo de prevención y promoción sino también hacia la reordenación de los servicios sanitarios tal como plantea el documento de la OMS Salud XXI.

El Pla de Salut de les Illes Balears 2003-2007 constituye el instrumento estratégico de planificación y coordinación sanitaria, define las políticas de salud y servicios sanitarios y constituye un marco de referencia para todas las actuaciones en el ámbito de salud de les Illes Balears y se vertebra en seis ejes: estilos de vida saludable, entornos y políticas públicas saludables, acción ciudadana y participación comunitaria, reorientación de los servicios sanitarios, información sanitaria y fomento de la formación y la investigación.

El Plan de Salud centra sus objetivos en la gestión integral de unas áreas prioritizadas. La selección de estas áreas se realizó tras un análisis del impacto epidemiológico, social y económico, de la magnitud y gravedad del problema y de la efectividad en el resultado en salud de las intervenciones.

Como resultado de este proceso de priorización se definieron 5 áreas de intervención: enfermedades cardiocerebrovasculares, en concreto la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular aguda, cáncer, accidentes (de tráfico, domésticos y laborales) y violencia, discapacidad y dependencia y en el área de la infancia y adolescencia las conductas alimentarias alteradas en concreto la obesidad y los trastornos de conducta alimentarios y los embarazos no deseados.

Una vez realizado un análisis de situación de cada una de las áreas de intervención se formularon estrategias, definieron objetivos y establecieron indicadores de evaluación. En la formulación de los objetivos se eludió la cuantificación del nivel de cambio esperado en algunos casos por falta de información suficientemente contrastada de la situación de partida y también por considerar que al introducir las actividades de mayor efectividad, el resultado final será en principio el máximo que se pueda alcanzar si los objetivos del plan se han cumplido. El plan de salud elude también la exhaustividad de objetivos que caracterizó a los planes de salud formulados en décadas anteriores con la dificultad de consecución y evaluación de los mismos. Este plan se basa en 106 objetivos de intervención en las cinco áreas prioritarias (22 en el área de enfermedades cardiocerebrovascular, 18 en cáncer, 25 en el área de accidentes y violencia 17 en accidentes y 8 en violencia, 16 en el área de discapacidad y dependencia y 25 en el área de infancia y adolescencia, 12 en conducta alimentaria alterada y 13 en embarazos no deseados).

La secuencia de las actuaciones se realizó respetando la historia natural de la enfermedad desde la vigilancia epidemiológica, la prevención primaria hasta la rehabilitación. En cada una de las áreas prioritarias se estableció como norma de trabajo y punto de partida para la selección de las intervenciones, la evidencia científica de éstas valorando la eficacia y la efectividad de medidas a tomar, la identificación del nivel asistencial adecuado para su abordaje, las poblaciones vulnerables a las que se deberían de dirigir las intervenciones, la aceptabilidad de las medidas propuestas entre la población, las implicaciones de otras instituciones, las

repercusiones en la organización, las repercusiones en el gasto y la existencia de recursos humanos, materiales y legales para llevarlos a cabo.

Estas cinco áreas de intervención se reforzaron con tres áreas de soporte: la participación ciudadana, atendiendo las necesidades y expectativas de los ciudadanos; el fomento en estas áreas de la formación, con objeto de mejorar la capacidad del profesional y la investigación orientada a la consecución de los objetivos del plan; y la información sanitaria que garantice la disponibilidad de información de calidad, como instrumento fundamental para la toma de decisiones tanto para la planificación como para la elaboración de programas y para la evaluación de las políticas sanitarias.

El Plan no incorpora programas ya operativos y que funcionan satisfactoriamente ni otros planes sobre problemas de salud que por su magnitud se tratan de manera específica como puede ser la lucha contra el sida, la tuberculosis o las drogodependencias. Sin embargo se han tenido en consideración otros planes elaborados por la administración sanitaria relacionados directamente con las áreas prioritarias del plan de salud como pueden ser el plan contra el tabaquismo o el plan sociosanitario o los elaborados por otras administraciones que contemplen aspectos de salud como el Plan Joven, el plan estratégico de personas mayores o el plan estratégico de salud laboral.

La operatividad del Plan de Salud se canaliza a través de la Oficina del Plan de Salud, adscrita a la Conselleria de Salut i Consum y dependiente de la Dirección General de Salud Pública y Participación. Entre otras funciones, la Oficina tiene como objetivos la monitorización de los indicadores de evaluación, de las actividades que desarrollen los distintos agentes responsables y el seguimiento de los indicadores de salud.

En el aspecto económico, el plan de salud se acompaña de dotación presupuestaria y se coordina con los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma. Los objetivos relacionados con la asistencia sanitaria quedan incorporados en el contrato de gestión.

**TABLA 3**

**PLANIFICACION SANITARIA. PROGRAMAS, ESTRATEGIAS Y PLANES**

**CCAA: ISLAS BALEARES**

		Sí/No	Ediciones (Fecha)	Observaciones (*)
<b>Planes de Salud</b>		SI	2003	5 áreas prioritarias: cardiocerebrovasculares, cáncer, accidentes y violencia, discapacidad y dependencia e infancia y adolescencia (obesidad y TCA y embarazos no deseados) y tres áreas de soporte: participación ciudadana, formación e investigación y sistemas de información sanitaria
<b>Cáncer de mama</b>	programa de cribado poblacional	si	desde 1997(Menorca) 1998 (Mallorca) 2001 (Ibiza)	existió un convenio con la AECC hasta el año 2004. Existencia de psicooncólogos en Hospital Son Dureta y Fundación Hospital Son Llatzer para enfermos oncológicos
	apoyo psicológico tras diagnóstico y durante tratamiento	si (parcial)		
<b>Cáncer de cervix</b>	programa de cribado poblacional	no (oportunista)	programa de atención integral a la mujer. 2 ed.	Desde 2004, como objetivo disminuir las desigualdades sociales en el acceso a la citología
<b>Enfermedades cardiovasculares</b>	Desarrollo del PICI del SNS	SI	2004-2007	
<b>Salud mental</b>	Plan de Salud Mental	en revisión	2006-2009	
<b>Violencia de género</b>	Plan de Acción			Las actuaciones en esta materia se desarrollan en la Consejería de Presidencia de nuestra CCAA a través del Institut Balear de la Dona
	Acciones preventivas			
	Protocolo de actuación sanitaria			

#### 4. Farmacia:

En la tabla siguiente resumimos las políticas de uso racional del medicamento vigentes en nuestra CCAA. Se han clasificado en función de su nivel de intervención: desde la oferta, la asistencia y la demanda.

<b>Categoría</b>	<b>Objetivo estratégico</b>	<b>Objetivo operativo</b>
OFERTA	Definir la oferta farmacoterapéutica preferente del Ibsalut	Elaborar la Guía farmacoterapéutica
		Evaluar la aportación terapéutica de los nuevos tratamientos
		Establecer protocolos suprasectoriales para el tratamiento de patologías de alto coste, mayor prevalencia y/o impacto social
	Mejorar la eficiencia de los sistemas de adquisición y distribución de medicamentos en el área de salud	Mejorar la eficiencia de las adquisiciones de medicamentos mediante un sistema centralizado de compras en el área
		Mejorar el circuito de distribución de medicamentos y de revisión de los botiquines
ASISTENCIA	Garantizar la continuidad en el tratamiento farmacológico del paciente entre niveles asistenciales	Facilitar la receta al alta y en consultas externas
		Facilitar la medicación necesaria a los pacientes dados de alta en cualquiera de los servicios de urgencias del área
		Implantar el programa de Farmacéutico de enlace entre niveles (FACE)
		Desarrollo funcional e implantación en e-SIAP del módulo de continuidad del tratamiento con historia farmacoterapéutica única
Fomentar el uso eficiente del medicamento por el paciente	Diseñar e implantar un programa de información integral en farmacoterapia orientado a una población diana	
	Ofrecer soporte al cumplimiento a un grupo definido de pacientes a través de telefonía móvil mediante mensajes SMS	
DEMANDA	Implantar un sistema de seguimiento presupuestario y de identificación de oportunidades de mejora	Asignación del presupuesto de medicamentos por EAP/ servicio clínico y seguimiento del mismo
		Implantar medidas de optimización de recursos por EAP/ servicio clínico
	Mejorar la prescripción de medicamentos mediante el establecimiento de indicadores y estándares	Incrementar la prescripción de medicamentos genéricos
		Minimizar la prescripción de los nuevos medicamentos
		Promover la prescripción de los medicamentos incluidos en el Sistema de Precios de Referencia
		Mejorar la calidad de la prescripción en las patologías de mayor prevalencia
	Desarrollar e implantar el sistema de información sobre el medicamento en el contexto de la prescripción.	Desarrollo funcional en e-SIAP del módulo de prescripción asistida
Implantar el acceso a GAIA desde el e-SIAP		

Implantar un sistema de reconocimiento, económico y profesional, que vincule a los profesionales con el uso eficiente del medicamento.	Presentación a los profesionales y seguimiento del Plan de incentivos 2005
Proporcionar formación continuada a los profesionales del Ibsalut en farmacoterapia	Implantar programas de actualización de conocimientos en las novedades terapéuticas y en las áreas terapéuticas más relevantes
Minimizar la demanda de los pacientes mediante campañas informativas al usuario	Programar una actividad de educación para el uso racional del medicamento orientada a pacientes crónicos dentro del programa "Salut per a tothom" ("Salud para todos").

En relación con los sistemas de información de la prestación farmacéutica en todos los niveles asistenciales, se está trabajando en dos líneas. Por una parte con todo lo que tienen que ver con la prestación a través de receta, y por otra con la prestación a través de los servicios de farmacia del Ibsalut: Atención Primaria, Sosiosanitarios, Hospitales.

En el primer caso, la prestación a través de receta, el sistema de información de farmacia utilizado hasta la fecha en la que Comunidad Autónoma de les Illes Balears asume las competencias de gestión de la asistencia sanitaria, SIFAR (Sistema de Información de Farmacia), vigente desde el año 1992, precisaba un cambio importante al no haber evolucionado de acuerdo con las necesidades de la gestión.

El INSALUD ofrecía un nuevo sistema de información denominado DIGITALIS, que no cumplía las expectativas que exigía la gestión de la prestación farmacéutica desde el recién creado Servei de Salut de nuestra Comunidad.

En mayo de 2002, después de haber valorado otras alternativas, se opta por seguir el modelo de gestión de la prestación farmacéutica de la Comunidad Valenciana: GAIA. En octubre de 2002 se empieza a trabajar en el Convenio de Colaboración entre las dos Administraciones para poder compartir el software y las bases de datos.

En julio de 2004 se firma el Convenio, que tienen como objetivo la cesión del software y el código fuente del sistema GAIA de la Generalitat Valenciana a la Conselleria de Salut i Consum.

Una vez desarrollado el aplicativo en nuestra Comunidad el objetivo se extiende a:

- Compartir las mejoras y mantenimiento del software
- Participar conjuntamente en la elaboración de nuevas bases de datos
- Constituir una Comisión de seguimiento del Convenio que contemple, entre otras funciones:
  - Actualizar la información de indicadores y estándares
  - Intercambiar información sobre las particularidades de la aplicación en temas de gestión y tecnología.

En la actualidad se han desarrollado 4 módulos:

Nomenclátor: es la base de datos de todos los productos facturables con sus características administrativas (P.V.P., visado, EFG....) y farmacéuticas (composición,

dosis, presentación, DDD,...) más necesarias para los procesos de facturación y análisis cualitativo de la prestación. Este módulo permite gestionar además el maestro de medicamentos que se exporta a todas las aplicaciones corporativas. Este módulo está actualmente en fase de ejecución.

Facturación: es módulo que valida la factura mensual de recetas y adjudica las recetas y gasto a las diferentes unidades de provisión de servicios. Este módulo está actualmente en fase de ejecución.

Indicadores: es el módulo que permite evaluar los costes y la calidad de la prescripción farmacéutica en las unidades de provisión de servicios. Este módulo está actualmente en fase de ejecución, con acceso de todos los médicos de AP y AE.

Incentivos: es el módulo específico para evaluar el programa de incentivos aprobados para el año en el ámbito de atención primaria. Este módulo está actualmente en fase de ejecución, con acceso de todos los médicos de AP y AE.

En cuanto a la segunda línea de trabajo, la PRESTACIÓN A TRAVÉS DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA DEL IBSALUT, no existía un sistema de información de la prestación farmacéutica a través de los servicios de farmacia de la Comunidad Autónoma previo a la transferencia las competencias de gestión de la asistencia sanitaria a Illes Balears.

No obstante existía un sistema de envío de CMBD de consumo de medicamentos desde los hospitales que se explotaba anualmente en la Subdirección de Atención Especializada del INSALUD, que retornaba información comparativa de los hospitales de Baleares con otros centros de la red nacional.

En enero de 2004, después de haber valorado otras alternativas, se opta por seguir el mismo modelo de explotación de datos.

Actualmente se ha desarrollado 1 módulo que permite la explotación de información desagregada por nivel asistencial, servicio clínico, área de producción y por cualquiera de los campos del medicamento.

La información que contiene el módulo es la siguiente:

- Nivel de detalle estructura geográfica: regional.
- Nivel de detalle estructura temporal: último dato trimestral hasta construir dos años de histórico.
- Nivel de detalle estructura sanitaria: nivel asistencial (hospital/centro de salud/centro sociosanitario), área de producción (hospitalización, ambulantes, externos y centrales), servicio clínico y centro de coste.
- Nivel de detalle estructura de productos: todas las clases terapéuticas (hasta nivel 4), incluyendo desglose a nivel de especialidad, forma farmacéutica y principio activo.
- Nivel de detalle variables de medida: consumo en unidades y valores (PVL y Precio Contable)

Este módulo está en ejecución desde enero de 2004, con acceso desde todos los hospitales y centros sociosanitarios

[TABLA 4](#)

**TABLA 4**

**FARMACIA**

**CCAA: ISLAS BALEARES**

**Datos dispensación farmacéutica extrahospitalaria (en receta oficial del SNS a través de oficina de farmacia)**

		Datos 2004	Observaciones
<b>Número de recetas dispensadas</b>	nº total de recetas	12.282.447	
	%recetas de genéricos/total de recetas	16,66%	
<b>Gasto farmacéutico</b> (considerado el resultado de la siguiente operación:Importe total a PVP- aportación del usuario)	gasto farmacéutico total	171.531.495,33	
	% gasto genéricos/gasto farmacéutico total	8,78%	
<b>Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos</b> (considerando el nº de recetas dispensadas y especificando el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según RD 1348/2003)	en el total de recetas dispensadas*	<b>N05BA:</b> 768.817	BENZODIAZEPINAS (ANSIOLITICOS)
		<b>N02BE:</b> 570.816	ANILINAS (ANALGESICOS)
		<b>A02BC:</b> 506.905	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (ANTIULCERA PEPTICA)
	en el total de recetas dispensadas de genéricos*	<b>N05BA:</b> 18,74%	BENZODIAZEPINAS (ANSIOLITICOS)
		<b>N02BE:</b> 21,06%	ANILINAS (ANALGESICOS)
		<b>A02BC:</b> 57,72%	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (ANTIULCERA PEPTICA)

**5. Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos:**

Los recursos humanos del Servicio de Salud de las Illes Balears, una vez culminadas las transferencias sanitarias en el año 2002, por lo que se refiere al aspecto que podríamos llamar cualitativo del personal, es decir, categorías o grupos, especialidades, funcionarios APD, etc. , se sigue la estructura heredada del INSALUD, no habiéndose producido modificaciones sustanciales al respecto; mientras que, en el aspecto cuantitativo, se han producido las modificaciones de plantilla necesarias para atender las necesidades de la población. La principal dificultad que ha surgido en el ámbito de los recursos humanos, como consecuencia de las transferencias de sanidad, ha consistido en la conveniencia de proceder a la homologación de las condiciones laborales y retributivas del personal estatutario transferido, de carácter mayoritario, con el personal perteneciente al antiguo Servicio Balear de Salud (SERBASA) y con el personal de las dos Fundaciones Hospitalarias existentes en la comunidad autónoma. La solución a la referida problemática se ha producido mediante los pertinentes acuerdos con los representantes sindicales para proceder, de forma gradual, a la homologación.

En relación con los asuntos de actualidad o especial interés, por parte del Servicio de Salud de las Illes Balears se lleva a cabo una política de negociación con los agentes sociales en aras a desarrollar el Estatuto Marco y obtener una normativa común que regule a todos los profesionales. Así en materia de jornada, se ha implantado la jornada ordinaria de 35 horas semanales, con un cómputo anual que aplica un coeficiente reductor sobre la base de las noches realizadas por aquél personal que realiza un trabajo por turnos. Respecto a los incentivos se estudia una nueva ordenación, si bien, en la actualidad, se fijan los importes y objetivos por el Servicio de Salud y su distribución depende de la evaluación del cumplimiento de los mismos, en relación con los permisos y licencias, en una línea conjunta con la Función Pública de la CAIB, se sigue una política de conciliación de la vida familiar.

Por otro lado, cabe reseñar aquí, la dificultad de disponer de personal en determinadas especialidades médicas como por ejemplo anestesia o pediatría, y en la especialidad de matronas.

En el ámbito del desarrollo profesional, se lleva a efecto el estudio de la implantación de la carrera profesional con los requisitos, características y contenido establecidos en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

Se considera también oportuno hacer referencia al fomento de la implicación de los profesionales en la prevención de riesgos laborales a través de la correspondiente formación e implantación de las medidas de seguridad (bioseguridad, agresiones al personal, etc.).

**Aspectos relacionados con la formación continuada de las Islas Baleares 2004**

**Coordinación de la formación pregrado de medicina, farmacia y otras licenciaturas en ciencias de la salud.**

- Actuaciones que desarrollan el Convenio de Colaboración con la Universidad de Barcelona para el reconocimiento de créditos de libre configuración, que permite a los alumnos de dicha Universidad realizar formación reconocida en los Servicios sanitarios acreditados para la formación, de las Islas Baleares.

- Las direcciones gerenciales que han ofertado plazas para el verano de 2004 y primer semestre del curso 2004-2005 son: FHSLL, AP Mallorca.

### **Coordinación con la Formación Profesional**

#### ***Formación Profesional grado superior***

- Fruto de un acuerdo de colaboración entre la Consellería de Educación y la Consellería de Salud se ha realizado la cuarta promoción de Formación Profesional en Imagen para el Diagnóstico y la segunda promoción de radioterapia en el Hospital Universitario Son Dureta. También se ha iniciado un nuevo ciclo de Documentación Clínica en el Hospital Son Llàtzer.

#### **Formación Profesional grado medio**

- Se han impulsado en colaboración con la Conselleria de Educación y Cultura. El Servicio de Salud de les Illes Balears ha colaborado en la creación de estudios de FP, grado medio.

#### **Declaraciones de Interés Sanitario**

- Durante el presente año y en cumplimiento de la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 19 de Junio de 1984, que regula el reconocimiento de interés sanitario para actos de carácter científico, se han revisado 55 expedientes habiéndoseles otorgado el reconocimiento de interés sanitario.

#### **Reconocimiento de Titulaciones Extranjeras**

- Durante el año 2004 se han solicitado 6 reconocimientos de titulaciones extranjeras.

#### **Colaboración con el Colegio oficial de Médicos de las Islas Baleares.**

- Colaboración con el curso de Gestión Clínica, dentro del programa de formación continuada de los profesionales de la salud.

#### **Colaboración con el Colegio oficial de Enfermería de las Islas Baleares.**

- Colaboración de un curso de Gestión Clínica, dentro del programa de formación continuada de los profesionales de la salud.

#### **Colaboración con agentes sociales**

- ◆ *Colaboración en la formación de reanimación cardiopulmonar y formación clínica continuada*

#### **Colaboración con la Universidad Nacional de Educación a Distancia UNED**

- ◆ Colaboración en el curso de protección radiológica.

**TABLA 5**

**PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**

**CCAA: ISLAS BALEARES**

		si/no	Nombre	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)
<b>Organización de la formación continuada</b>	Institución ú Organismo específico	NO			
	Otro Sistema (especificar)	SI			

**Número de Profesionales en Atención primaria**

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
<b>Medicina familiar y comunitaria</b>	284	190	40	309	125	
<b>Pediatría</b>	53	64	7	65	45	
<b>Enfermería</b>	67	445	54	280	178	
<b>Farmacia</b>	1	6	0	7	0	
<b>Psicología Clínica</b>	6	30	4	24	8	
<b>Otros profesionales sanitarios (Rehabilitación, Fisioterapia)</b>	48	264	15	165	132	
<b>Otros profesionales no sanitarios</b>	280	560	37	584	218	

<b>%de población atendida por Equipos de Atención Primaria</b>	100
--	-----

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: ISLAS BALEARES

Número de Profesionales en atención especializada

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
Medicina	909	651	143	1047	370	
Enfermería	364	1928	677	1344	271	
Auxiliar de enfermería	108	1778	303	1144	439	
Farmacia	5	5	2	8	0	
Otro personal sanitario	253	601	189	554	111	
Personal no sanitario vinculado	709	1157	198	1174	494	

**TABLA 5**

**PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS**

**CCAA: ISLAS BALEARES**

**Número de profesionales por Especialidades médicas**

(según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
Alergología			0	0	0	
Análisis clínicos	14	23	2	27	8	
Anatomía patológica	15	11	0	19	7	
Anestesiología y reanimación	42	30	6	51	15	
Angiología y cirugía vascular	4	0	1	3	0	
Aparato digestivo	20	9	2	18	9	
Bioquímica clínica	0	0	0	0	0	
Cardiología	25	12	2	22	13	
Cirugía cardiovascular	6	0	2	2	2	
Cirugía general y del aparato digestivo	126	113	132	66	41	
Cirugía maxilofacial	6	0	1	3	2	
Cirugía pediátrica	8	0	0	0	8	
Cirugía torácica	2	0	0	1	1	
Cirugía plástica y reparadora	3	2	1	1	3	
Dermatología medico-quirúrgica y venereología	10	12	3	14	5	
Endocrinología y nutrición	10	6	2	9	5	
Estomatología	1	0	0	0	1	
Farmacología clínica	1	0	0	1	0	
Geriatría	0	0	0	0	0	
Hematología y hemoterapia	15	13	3	16	9	
Hidrología	0	0	0	0	0	
Inmunología	3	3	0	4	2	
Medicina del trabajo	1	2	0	3	0	

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA: ISLAS BALEARES

Número de profesionales por Especialidades médicas

(según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)

	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
Medicina de la educación física y el deporte	0	0	0	0	0	
Medicina espacial	0	0	0	0	0	
Medicina intensiva	25	17	2	30	10	
Medicina interna	40	27	9	46	12	
Medicina legal y forense	0	0	0	0	0	
Medicina Nuclear	1	2	1	2	0	
Medicina preventiva y salud pública	1	4	1	4	0	
Microbiología y parasitología	8	9	2	11	4	
Nefrología	12	7	0	15	4	
Neumología	20	9	4	19	6	
Neurocirugía	6	0	1	2	3	
Neurofisiología clínica	3	0	0	2	1	
Neurología	16	14	4	21	5	
Obstetricia y ginecología	53	33	5	42	39	
Oftalmología	27	22	2	41	6	
Oncología médica	8	11	1	13	5	
Oncología radioterapia	2	3	2	3	0	
Otorrinolaringología	30	8	3	23	12	
Psiquiatría	35	28	0	49	14	
Radiodiagnóstico	34	25	2	44	13	
Rehabilitación	8	9	2	12	3	
Reumatología	3	3	0	6	0	
Traumatología y cirugía ortopédica	78	6	4	50	30	
Urología	33	3	4	21	11	

TABLA 5

PLANIFICACION Y DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

CCAA:

ISLAS BALEARES

otras especialidades no incluidas en el anterior listado	hombres	mujeres	edad			Observaciones
			<30años	30-50 años	>50años	
FARMACIA HOSPITALARIA	6	5	1	8	2	estas especialidades no se incluían en la tabla 5, y sin embargo son profesionales que figuran en las plantillas de nuestros hospitales
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARI	10	8	0	18	0	
PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS	35	31	8	36	22	
PSICOLOGÍA CLÍNICA	5	21	1	22	3	
RADIOFARMACIA	1	0	0	1	0	
RADIOFÍSICA HOSPITALARIA	3	0	0	3	0	

## 6. Investigación:

La CA de les Illes Balears dispone de dos organismos que dan soporte a la investigación en salud.

### **El Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IUNICS)**

Creado por el Govern de les Illes Balears como Instituto Universitario de Investigación, en los términos establecidos en el Artículo 10 de la Ley de Ordenación Universitaria, cuyo desarrollo y consolidación se realiza a través del convenio de colaboración entre la UIB y la Consellería de Salut i Consum.

### **La Fundación Mateu Orfila**

La Fundación tiene por objeto gestionar medios y recursos al Servicio de la ejecución de programas y proyectos de investigación clínica, básica o aplicada, desarrollo tecnológico e innovación (*R+D+I*) en el campo de la Biomedicina y las Ciencias de la salud para contribuir a la promoción y protección de la salud de la población, así como a la realización de cualquier otra actividad que pueda ayudar en la consecución de los fines fundacionales.

El ámbito de actuación son las Illes Balears y las actividades investigadoras, en todos los campos de la Biomedicina y de las Ciencias de la salud. El domicilio de la Fundación, sede del Patronato, radica en el Hospital Universitario Son Dureta de Palma.

Se ha consolidado la gestión de proyectos de investigación desarrollados en los centros sanitarios de nuestra comunidad. La dirección es [www.fmo.org](http://www.fmo.org).

Por lo que respecta a los proyectos de investigación a nivel autonómico, la Orden de la Conselleria de Salut i Consum de 11 de diciembre de 2.003 y la Resolución de 23 de Abril de 2.004, se procedió a la convocatoria plurianual de Evaluación de los proyectos presentados a la convocatoria de subvenciones durante el ejercicio 2.004 para la investigación científica en materia sanitaria en el ámbito de las Islas Baleares. Se presentaron 49 proyectos que en función de su procedencia se clasifican según la siguiente tabla:

Universitat de les Illes Balears UIB	18 proyectos
Atención especializada	
Hospital Son Dureta	4 proyectos
Hospital Son Llätzer	5 proyectos
GESMA	2 proyectos
Atención primaria	3 proyectos
Enfermería	6 proyectos
Fundación Banco de Sangre y Tejidos	2 proyectos
Otras	9 proyectos

Se aprobaron un total de 43 proyectos, de los cuales se produjo la renuncia en 5 de ellos. La cuantía financiada alcanzó los 78.000€ a distribuir en dos años.

En cuanto a la participación de nuestra CCAA en las convocatorias competitivas, en la actualidad se está liderando o colaborando en 16 líneas de investigación dentro de las

redes temáticas de investigación cooperativa del Instituto de Salud Carlos III 2003-2005.

También se están desarrollando actualmente 18 proyectos FIS, 1 proyecto financiado por el Ministerio de Educación y 1 proyecto con financiación europea.

Por lo que hace referencia a la valoración general de los ensayos clínicos en las Baleares existe un único CEIC en el ámbito autonómico que el pasado año celebró 12 reuniones y que presentó el siguiente balance de actuaciones:

- Protocolos de ensayo presentados: 82
- Proyectos de investigación presentados: 49
  - 47 aprobados
  - 2 pendientes de resolución
- Estudios post autorización: 20
  - 13 aprobados
  - 4 denegados
  - 1 pendiente de resolución
  - 2 suspendidos

De los 82 protocolos de ensayo presentados, se aprobaron 60 (73%), se denegaron 7 (8,5%), se encuentran pendientes de resolución 9 (10,9%) y se han suspendido 6 (7,3%).

En cuanto a la difusión de los resultados se realiza una memoria anual que recoge los datos sobre investigación, además de realizarse desde el año 2003 unas Jornadas de Investigación en Salud en las Islas Baleares que recientemente han cumplido su tercera edición, en las que se analiza la situación actual y el futuro de la investigación en salud de nuestra CA.

En cuanto a los mecanismos para introducir la práctica sanitaria basada en la evidencia científica se realizan acciones a distintos niveles.

Por medio de los contratos de gestión entre el Servicio de Salud y las distintas gerencias se traslada la orientación del Ib-salut hacia la senda de la dirección clínica, caracterizada por: la definición de los procesos asistenciales basados en criterios de calidad total, la evaluación del proceso asistencial, la formación y la práctica clínica, basada en las evidencias científico-técnicas, y el desarrollo de los profesionales.

Se incluyen además específicamente la revisión y actualización de guías, programas y protocolos.

Se potencia la actividad de los Institutos como herramienta de gestión clínica.

Se colabora desde nuestra CA en el proyecto GUIASALUD y en el Atlas de Variaciones en la Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud.

**TABLA 6**

**INVESTIGACION**

**CCAA: ISLAS BALEARES**

	si/no	Denominación		Figura jurídico-administrativa	Observaciones		
<b>Agencia de Evaluación de Tecnologías</b>	NO						
<b>Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud</b>	SI	IUNICS (Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud)		Instituto de Investigación (Decreto 72/2002 de 17 de mayo)			
	SI	Fundació Mateu Orfila de Investigación en Salud de las Islas Balerars		Fundación (Acuerdo de Consell de Govern de 4 de febrero de 2003)			

	si/no	número	Observaciones
<b>Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)</b>	SI	1	A nivel autonómico
<b>Proyectos de Investigación financiados por FIS</b>	Si	6	
<b>Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos</b>	SI	1	
<b>Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales</b>	Si	43	
<b>Ensayos Clínicos patrocinados por industria</b>	SI	60	

## 7. Sistemas de información sanitaria:

En primer lugar haremos referencia a los Sistemas de Información vigentes y en desarrollo en el Servicio de Salud. Los principales Sistemas de Información disponibles por la Dirección Asistencial para hacer el seguimiento de la actividad de los centros son:

- SIAE, como principal herramienta para el seguimiento de la actividad hospitalaria general de los hospitales propios.
- Urgencias atendidas en los hospitales públicos, para el seguimiento diario de la actividad de las urgencias que permite la gestión de situaciones excepcionales en caso de ola de calor o golpe de frío.
- Mortalidad de los hospitales públicos, para el seguimiento de la mortalidad en dichos hospitales.
- Lista de espera de hospitales propios, base de datos centralizada para el seguimiento de la lista de espera quirúrgica (ya en marcha) y de consultas externas y pruebas diagnósticas (en fase de implantación).
- CMBD, para el análisis de la actividad hospitalaria de centros propios a partir del conjunto mínimo básico de datos, al alta de los enfermos.
- Sistema de seguimiento de los hospitales concertados, resumen mensual de la actividad de los principales centros concertados (similar aunque menos detallado que SIAE).
- Sistema de seguimiento de la actividad de servicios concertados, sistema para el seguimiento y control de actividad concertada en centros privados (UCI, Cirugía cardíaca, PET).
- Actividad del servicio de emergencias y urgencias médicas 061, para el seguimiento de la actividad y los tiempos de respuesta de los servicios de emergencias.
- Traslado de enfermos en ambulancia, para el seguimiento del traslado de enfermos en función del punto de origen y destino y la causa del mismo.
- Actividad de salud mental, para el seguimiento de la actividad realizada en los dispositivos de salud mental.
- Prestaciones sanitarias, para el seguimiento mensual de las prestaciones sanitarias ortopédicas que incluye el registro del expediente, el artículo y su importe.
- Prestaciones farmacéuticas, que permite disponer de la actividad farmacéutica a partir de los datos de receta con el número de recetas, su importe y los indicadores para el seguimiento de control del gasto.
- Actividad de atención primaria, sistema de análisis de la actividad realizada en los centros de salud y unidades de apoyo.
- Reclamaciones de usuarios, permite registrar las reclamaciones realizadas por los usuarios del sistema y explotadas en función de la causa y el centro contra el que van dirigidas, así como el tiempo de respuesta a las mismas.
- Incapacidad temporal, diseñada para el seguimiento por parte de inspección de las bajas laborales de los trabajadores de la comunidad.

Algunos de estos sistemas vienen heredados de la época INSALUD y, por tanto, comparten el mismo modelo de datos para la construcción de los indicadores y seguimiento de la actividad, por lo que permiten su comparación homogénea entre CCAA (CMBD, lista de espera, algunos indicadores hospitalarios), sin embargo, hay áreas como atención primaria, salud mental, urgencias y emergencias en las que no existen acuerdos supracomunitarios y en las que los avances de las distintas CCAA se vería muy favorecida si se partiera de un conjunto mínimo de datos alcanzados por consenso y a partir de los cuales cada CCAA pudiera avanzar con la seguridad de que

existe una base conceptual común, para comparar la actividad de sus recursos y comprobar el efecto de las medidas adoptadas.

Ya se ha comentado, en el apartado 4 de este documento al hablar de FARMACIA, el desarrollo de los sistemas de información de la prestación farmacéutica en todos sus niveles y que no volveremos a repetir.

Por otra parte, la Consellería de Salut i Consum dispone de sistemas de información en otras Direcciones Generales de los cuales extraemos los más relevantes y que pasamos a comentar:

- Sistemas de tramitación de expedientes de autorización sanitaria y de gestión de inspecciones.
- Sistema integral de promoción de la salud que cubre la realización y análisis de las pruebas metabólicas a los recién nacidos, registro nominal de vacunaciones, detección precoz de la hipoacusia en recién nacidos y revisiones escolares.
- Programa de detección precoz de cáncer de mama.
- Sistema integral de protección de la salud que abarca control de la calidad de las aguas de baño, control de la calidad de las aguas de consumo humano, control sanitario de piscinas, control de la legionelosis y policía sanitaria mortuoria.
- Registro e inspección de centros y establecimientos sanitarios
- Registro de trasplantes de órganos

Además, en el Hospital Universitario de Son Dureta, se encuentran ubicados dos registros de referencia para el SNS: el Registro Nacional de Sarcomas y el Registro Nacional de Inmunodeficiencias.



## 8. Calidad

La Dirección General de Evaluación y Acreditación asume las funciones y competencias sobre calidad asistencial de la Conselleria de Salut i Consum de manera que sus proyectos tienen por objeto:

1. Introducir el concepto de calidad asistencial dentro la práctica clínica habitual.
2. Desarrollar un modelo que garantice la prestación de una asistencia sanitaria de calidad.

La introducción de la calidad, supone un cambio cultural importante y trascendental tanto del concepto de calidad como del ejercicio profesional. La asunción de competencias para las Comunidades Autónomas ha constituido un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria a los ciudadanos y facilitar así garantías de equidad, calidad y participación.

Los proyectos pretenden iniciar un cambio cultural por medio de la formación teórica y el desarrollo práctico de aspectos relacionados con el aseguramiento de la calidad y los sistemas de gestión de calidad.

La Ley General de Sanidad, asigna a las Administraciones Públicas el control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria a todos sus niveles (Artículo 18) y a la Administración Sanitaria la creación de los sistemas de evaluación de calidad asistencial (artículo 69). Por otra parte, La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas Sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

En el futuro se pretende seguir desarrollando las estructuras básicas respecto a recursos humanos y técnicos, convenios de colaboración con la Fundación Avedis Donabedian y formación del personal de la Conselleria en conceptos básicos sobre calidad.

### **Cursos, jornadas, congresos y seminarios:**

- XI Diploma de postgrado en metodología de evaluación y mejora de la calidad asistencial.
- ISQUA XXI Conferencia internacional Amsterdam (de 19 a 22 de octubre de 2004).
- Congreso Nacional calidad asistencial C.E.C.A. (6,7 y 8 de octubre de 2004).
- ISO 9001:2000 Tea Deployment (Enero 2004).
- ISO 14000 y EMAS Tea Deployment (Febrero 2004).
- Gestión de sistemas integrados A.E.C. (20 a 22 de diciembre de 2004).
- Aplicación ISO 9001 sistemas de auditorias de la calidad en el sector sanitario (29 y 30 septiembre de 2004).
- Medición de la satisfacción del cliente según ISO 9001:2000 A.E.C. (27 y 28 septiembre de 2004).
- Jornadas de reflexión sobre calidad de la atención. (Fundación Avedis Donabedian).
- Plan de Formación para el desarrollo de un programa inicial de implantación de la calidad en la gestión sanitaria dirigido a los profesionales de la Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears.
  - Sensibilización respecto a la calidad (8 ediciones).

- Sistemas de certificación en el ámbito sanitario (8 ediciones).
- Herramientas de la calidad (8 ediciones).
- Encuentro sobre mejora de seguridad clínica. Ministerio de Salud y Consumo (24 de febrero de 2004).

Además, la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears, ha desarrollado un Plan de Humanización de la Atención Sanitaria para el Período 2004-2005, que tienen como objetivo ser el primer paso para el establecimiento de criterios de calidad orientados hacia el usuario. Se pretende que este Plan guíe las actuaciones a desarrollar con una clara vocación dirigida al usuario. Se integra con el resto de Planes vigentes en nuestra Comunidad, especialmente con el Plan de Infraestructuras 2004-2010, que representa el esfuerzo que desde la administración autonómica se está haciendo para modernizar y adecuar las infraestructuras que conforman la red asistencial a las necesidades de los ciudadanos de Baleares.

Los principales objetivos del Plan de Humanización son: mejorar la satisfacción percibida por el usuario, favorecer la accesibilidad al sistema sanitario, mejorar el acceso a la información por parte del usuario, así como las vías de comunicación con la Administración, incrementar la confortabilidad de los centros y favorecer que la relación con el usuario sea lo más personalizada posible.

## 9. Seguimiento del estado de salud de la población.

**Esperanza de vida al nacer:** los últimos datos disponibles del año 2002 revelan una esperanza de vida al nacer de 79,67 años, mayor en mujeres que en hombres observándose un ligero incremento desde el año 2000 más acusado en hombres (75,69 años en el 2000 a 76,54 en el 2002) que en mujeres (82,54 en el 2000 a 82,86 en el 2002).

**Mortalidad infantil:** En el año 2003, representaba 3,47 fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos observándose un ligero descenso en los cinco últimos años (4,29 por 1.000 nacidos vivos en 1999).

**Mortalidad:** La última información disponible revela que en las Islas se produjeron en el año 2003, 7.356 defunciones lo que representa una tasa bruta (TB) de 819,7 por 10<sup>5</sup> (861,4 por 10<sup>5</sup> en hombres y 778,4 por 10<sup>5</sup> en mujeres). Por grandes grupos de enfermedades según la CIE-10, la primera causa de muerte se debe a las enfermedades del sistema circulatorio seguido de los tumores, enfermedades del sistema respiratorio, sistema digestivo y nervioso. Más específicamente, en hombres la principal causa de muerte es debida al cáncer de pulmón (TB: 72,5 por 10<sup>5</sup>) le siguen las enfermedades cerebrovasculares (TB: 64,5 por 10<sup>5</sup>), el infarto agudo de miocardio (TB 58,4 por 10<sup>5</sup>) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (TB 49,5 por 10<sup>5</sup>). En mujeres las causas más frecuentes son las enfermedades cerebrovasculares (TB: 88,1 por 10<sup>5</sup>), le siguen la insuficiencia cardíaca (TB: 59,2 por 10<sup>5</sup>), otras enfermedades del corazón (TB: 48,2 por 10<sup>5</sup>), el infarto agudo de miocardio (TB: 43,7 por 10<sup>5</sup>) y los trastornos mentales orgánicos (seniles y preseniles) (TB: 36,2 por 10<sup>5</sup>).

En cuanto a mortalidad prematura son los accidentes de tráfico los que provocan más años potenciales de vida perdidos (APVP) en hombres, seguido del cáncer de pulmón, suicidios, SIDA y trastornos mentales por uso de drogas. En mujeres, el cáncer de mama en primer lugar seguido de los accidentes de tráfico, el cáncer de pulmón y las enfermedades cerebrovasculares. Por grupos de edad, en niños menores de 10 años la principal causa de muerte son los tumores. Entre los jóvenes entre 10 y 40, las causas externas; a partir de esa edad los tumores se erigen como primera causa de muerte y en edades avanzadas (mayores de 75) las enfermedades del aparato circulatorio.

**Cáncer:** En Mallorca se diagnostican una media anual de 1.950 nuevos casos de cáncer en hombres y 1.470 en mujeres de los cuales un porcentaje elevado (25% en hombres y 28% en mujeres) son tumores de piel no melanoma. Si excluimos éstos casos las tasas brutas son de 466,4 nuevos casos por 10<sup>5</sup> hombres y 297,8 casos por 10<sup>5</sup> mujeres. Las localizaciones tumorales más frecuentes son en hombres: pulmón, colon y recto, vejiga y próstata. En mujeres: mama, colon y recto, cuello uterino, y endometrio. En relación con los datos aportados por los registros existentes en España, Mallorca está a la cabeza de la incidencia del cáncer de vejiga urinaria y recto, por encima de la media del cáncer de pulmón, colon, leucemia, linfoma no Hodgkin y localización primaria desconocida y próstata y por debajo de la media del cáncer de laringe y estómago en hombres. En mujeres, Mallorca presenta la incidencia más elevada del cáncer de cuello uterino y recto, por encima de la media para el cáncer de vejiga, colon y mama y por debajo de la media para el resto de tumores más frecuentes.

**Enfermedades de declaración obligatoria (EDO):** Los datos proporcionados por la red de vigilancia epidemiológica para el año 2003 señalan una incidencia menor que la esperada de gripe (2.424 casos por 10<sup>5</sup> habitantes). En los dos últimos años se

observa un ligero incremento de casos de sífilis que puede suponer un cambio en la tendencia decreciente observada desde el año 1984. La incidencia de diarrea infecciosa aguda es similar a la observada el año anterior y respecto a la varicela la incidencia está dentro de los límites de la esperada.

La incidencia de legionelosis tiende a aumentar sobretodo a partir del 2001. La tasa para el año 2003 fue de 6,76 por 10<sup>5</sup> habitantes siendo más de la mitad de los casos turistas. En cuanto a la TBC respiratoria, la tasa fue de 14,6 por 10<sup>5</sup> habitantes similar a la del 2002 siguiendo una tendencia descendente iniciada en 1996. No se ha notificado ningún caso de poliomielitis ni sarampión.

**SIDA:** A lo largo del año 2003 se diagnosticaron 64 nuevos casos de SIDA lo que representa una tasa de 67,6 casos por millón de habitantes/año. La categoría de transmisión más frecuente es la de usuarios de droga por vía parenteral (50%) seguido de los homosexuales (21%) y heterosexuales (19%). Respecto al resto de España, Baleares presenta una de las tasas de incidencia más elevadas del país, sólo superada por Madrid y Melilla. Al igual que se observa en muchas de las CCAA, la tasa continua descendiendo desde 1995 observándose un 20% de casos menos que el año 2002.

**Interrupción voluntaria de embarazo (IVE):** Según los datos del 2003 el nº total de IVEs realizadas a mujeres residentes en las Islas Baleares fue de 2.612 lo que representa una tasa de 11,6 casos por 1000 mujeres entre 15 y 44 años. La mitad de las mujeres tenían 27 años o menos en el momento de la interrupción. El grupo de edad con más incidencia es el comprendido entre los 20 y 24 años con una tasa de 19 casos por 1.000 seguida de los grupos de 25 a 29 años y de los 15 a los 19. A lo largo de la última década la tasa se ha duplicado pasando de 5,6 en 1994 a 11,6 casos en 2003 observándose el mayor aumento en los grupos de edad más jóvenes. Respecto al resto de España, Baleares presenta la tasa más elevada de las CCAA llegando a ser 1,6 veces más elevada que la media nacional.

### **MONITORIZACIÓN DEL ESTADO DE SALUD**

Son múltiples las herramientas utilizadas para monitorizar el estado de salud de la población balear.

El año 2001 se realizó la primera encuesta de salud de les Illes Balears. También se realiza la encuesta sobre drogas en el ámbito escolar. El Instituto Balear de Estadística realiza la explotación de los datos demográficos de la población. Existen registros específicos para diversos problemas de salud: registro de SIDA, de Lepra, de Creutzfeldt-Jacob, el de Interrupciones Voluntarias de Embarazo, registro de Cáncer, de malformaciones congénitas, de Metabolopatías o del estado de vacunación de la población. Otros sistemas de información dependientes de la Dirección General de Salud Pública son el Sistema de Información de las Enfermedades de Declaración Obligatoria, el Sistema de Información de Brotes Epidémicos, la Red Centinela de Gripe, y el sistema de Información de Toxicomanías (SEIT). También se realizan en atención primaria auditorías de historias clínicas y existe un registro de vacunación antitetánica, antigripal y VHB. También se realiza la explotación del Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta Hospitalaria (CMBD), el sistema de mortalidad en hospitales públicos y el sistema de información sobre incapacidad temporal. Por último, la consejería de Trabajo elabora las estadísticas sobre los accidentes laborales.

**10. Participación:**

La información referida al desarrollo de la Ley 41/2002 se adjunta en la tabla 10.

En referencia a las iniciativas orientadas a la participación del paciente o de la comunidad, ya hemos hecho referencia en el apartado 2 a creación del Consejo de Salud de les Illes Balears (decret 44/2004 de 14 de mayo) y a la regulación de la figura del Defensor del Usuario (decret 88/2004 de 22 de octubre)

El consejo de Gobierno ha aprobado y remitido al Parlamento de les Illes Balears el Proyecto de Ley de voluntades Anticipadas.

TABLA 10

**PARTICIPACIÓN**

**CCAA: ISLAS BALEARES**

**Desarrollo de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**

	si/no		Referencia legislativa
<b>Libre elección de médico</b>	SI		Ley 5/2003 de 4 de abril de 2004 de Salud de les Illes Balears
<b>Segunda opinión</b>	SI		Ley 5/2003 de 4 de abril de 2004 de Salud de les Illes Balears
<b>Acceso a la Historia Clínica</b>	SI		Ley 5/2003 de 4 de abril de 2004 de Salud de les Illes Balears
<b>Consentimiento Informado</b>	SI		Ley 5/2003 de 4 de abril de 2004 de Salud de les Illes Balears
<b>Instrucciones Previas/Últimas Voluntades</b>	SI		Ley 5/2003 de 4 de abril de 2004 de Salud de les Illes Balears
<b>Guía ó Carta de Servicios</b>	SI		Ley 5/2003 de 4 de abril de 2004 de Salud de les Illes Balears
<b>Información en el Sistema Nacional de Salud</b> (información de carácter administrativo relativa a servicios y unidades asistenciales disponibles y a los requisitos de acceso a los mismos: libertad de elección de médico y centro, conocimiento de listas de espera, posibilidad de segunda opinión, etc.)	SI		Ley 5/2003 de 4 de abril de 2004 de Salud de les Illes Balears
<b>Garantías a los pacientes con necesidades especiales de información asociadas a la discapacidad</b>	SI		Ley 5/2003 de 4 de abril de 2004 de Salud de les Illes Balears

**TABLA 10**

**PARTICIPACIÓN**

**CCAA: ISLAS BALEARES**

	si/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)	Observaciones
<b>Figura ó Institución de Defensa de los derechos de los pacientes</b>	SI	defensor del usuario del sistema sanitario público	Ley 5/2003 de 4 de abril de 2004 de Salud de les Illes Balears. Decreto 88/2004 de 22 de octubre regulador del Defensor del Usuario del Sistema Sanitario Público	Órgano adscrito a la Conselleria de Salut i Consum, aunque con autonomía funcional	

	si/no	Cuantía dedicada en 2004	Nº de Asociaciones subvencionadas en 2004	Referencia normativa convocatoria	Observaciones
<b>Subvenciones a asociaciones de pacientes</b>	si	27.500,00 €	9	Resolución boletín extraordinario de 28 de febreo de 2004	existen asociaciones que reciben subvenciones a través de otras Consejerías

**11. Equidad:**

Decreto 41/2004, de 23 de abril por el que se regulan las compensaciones por desplazamientos de los usuarios del Servicio de Salud de les Iles Balears. Desarrollado por orden de la Conserjería de Salud y Consumo de 13 de julio de 2004 por la que se regulan las cuantías de compensaciones por desplazamiento de los usuarios y acompañantes, así como el procedimiento para su obtención.

En cuanto a la atención a pacientes discapacitados se ha establecido en el Hospital General un servicio de referencia para la atención dental de estas personas que incluyen además de la revisión bucodental y de actuaciones preventivas incluidas en los programas de salud bucodental, aquellas actuaciones que requieran anestesia general e intervención en quirófano.

**TABLA 11**

**MEDIDAS PARA LA EQUIDAD**

**CCAA: ISLAS BALEARES**

	si/no	tipo de medida	referencia normativa	observaciones
<b>Género</b>				
<b>Etnia</b>				
<b>Discapacidad</b>	SI	atención dental a discapacitados		
<b>Otras</b>	SI	compensaciones desplazamientos pacientes y acompañantes que tienen que desplazarse para recibir asistencia sanitaria pública	Decreto 41/2004, de 23 de abril por el que se regulan las compensaciones por desplazamientos de los usuarios del Servicio de Salud de les Iles Balears. Desarrollado por orden de la Conserjería de Salud y Consumo de 13 de julio de 2004 por la que se regulan las cuantías de compensaciones por desplazamiento de los usuarios y acompañantes, así como el procedimiento para su obtención.	

## 12. valoración del proceso transferencial

Culminar el proceso de descentralización en materia sanitaria, con las 10 Comunidades que permanecían al amparo del INSALUD, era sin duda una gran oportunidad para aproximar la toma de decisiones al lugar dónde se generan las necesidades de la población, con el objetivo principal de mejorar el estado de salud de nuestros ciudadanos.

Además suponía introducir elementos de diversidad muy útiles para reforzar un Sistema Nacional de Salud, plural y cohesionado, en el que los gobiernos autonómicos pudieran expresar sus situaciones particulares al respecto.

El modelo de financiación autonómica, consensado en su día por todas las Comunidades, suponía garantizar la suficiencia financiera para gestionar la salud en las Baleares. La realidad demográfica ha hecho que en los últimos 5 años se haya producido un crecimiento poblacional muy importante en algunas Autonomías, entre ellas las Islas Baleares, en dónde se ha producido el mayor incremento del estado y se ha situado muy por encima de la media estatal lo que además se acompaña de aumento de las demandas de atención sanitaria.

El modelo tiene previsto el ajuste por esta circunstancia, si bien, aún no se ha desarrollado dicho ajuste cuando se ha empezado a hablar de un nuevo modelo de financiación. Entendemos que revisar el modelo puede ser un paso importante, pero es también importante para las Islas Baleares recibir el incremento de financiación que el modelo aún vigente permite por el crecimiento poblacional.

Si a ello añadimos la necesidad de construir y renovar infraestructuras que sean capaces de adaptarse a la realidad de nuestra Comunidad, se entiende perfectamente que la preocupación por la suficiencia financiera del sistema sea uno de los temas principales que figuran en nuestra agenda inmediata.

El nuevo mapa de responsabilidades sanitarias que se dibujó con el proceso de transferencias del año 2002 abrió un nuevo escenario en el que todavía no se ha alcanzado a redefinir el papel de los nuevos actores. Desde las CCAA debemos conseguir una plena participación en las decisiones estratégicas de política sanitaria que hagan creíbles los principios de cohesión y equidad del Sistema Nacional de Salud, a cambio de ello, es necesario que la responsabilidad compartida por cada una de las 17 CCAA sea una realidad. Y ello pasa ineludiblemente por la participación, la transparencia y la confianza entre las partes. Se debe reconducir el funcionamiento del Consejo Interterritorial de modo que sea de nuevo el escenario de debate de los temas realmente importantes para el Sistema Nacional de Salud, y sobre todo el espacio en el que las distintas Autonomías, que ahora son las responsables de la gestión de la salud en nuestro País, expresen, debatan y alcancen los acuerdos necesarios para que el sistema avance en la consecución de su objetivo básico: mejorar el estado de salud de nuestros ciudadanos.

Otro aspecto que hemos analizado en relación con el proceso de trasferencias de competencias hace referencia al hecho de que no se consideraron las necesidades de las CCAA en infraestructura directiva, fundamentalmente en aspectos de planificación, gestión de recursos humanos, gestión de la prestación farmacéutica, etc. Esto ha supuesto la necesidad de ir creando estructura y equipo. Además, el traspaso de competencias entre dos administraciones de distinto signo político hizo que no se aprovecharan las personas con experiencia en gestión de Baleares heredadas del antiguo INSALUD, de modo que se perdió capital humano y gestión del conocimiento.

Un aspecto que también está generando dificultades, tanto desde el punto de vista de la planificación como del de la gestión de servicios, es la pérdida de información. Nos referimos en concreto a la información que hace referencia a la posibilidad de comparar dispositivos y servicios asistenciales de similares características, en el proceso de mejora continua. En este sentido se hace necesario encontrar un espacio de colaboración y compromiso entre CCAA y el Ministerio de Sanidad, que permita obtener información fiable y adecuada.

### 13. Descripción de una experiencia innovadora

Se describen dos proyectos:

1. **MODELO CENTRALIZADO DE LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DEL SERVICIO BALEAR DE SALUD (Programa de Demora y Garantía de IBSALUT)**
2. **PROYECTO DE INFORMATIZACIÓN DEL HOSPITAL SON LLÀTZER**

#### **1. MODELO CENTRALIZADO DE LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DEL SERVICIO BALEAR DE SALUD (Programa de Demora y Garantía de IBSALUT)**

Las listas de espera y la demora en la accesibilidad a los Servicios Sanitarios es con diferencia la mayor preocupación de los ciudadanos de nuestro país en relación con nuestro Sistema Sanitario Público (SNS).

En la Comunidad Balear, desde que se produjeron las transferencias sanitarias hubo un aumento progresivo en la demora quirúrgica, de consultas externas y pruebas diagnósticas, que coinciden con un gran aumento de la población triplicando en los últimos tres años (2001, 2002, 2003) el incremento del saldo vegetativo poblacional de la media nacional.

Otros factores afectaron a la gestión, que pese a la apertura del Hospital Son Llàtzer y el aumento importante en jornadas quirúrgicas de autoconcertación no palió el aumento de las Listas de espera en sus tres vertientes.

#### **Programa de demora y garantía del servicio balear de salud (ibsalut)**

Para alcanzar los objetivos en lista de espera, se creó el Programa de Demora y Garantía del IBSALUT, un programa establecido en dependencia de la Dirección Asistencial y a cargo de un Coordinador Autonómico en Listas de espera.

El programa realiza un seguimiento de la Demora en Asistencia Especializada, estableciendo una propuesta continuada de planes específicos y decisiones concretas que inciden a lo largo de todo el ejercicio anual en la demora de la prestación de Servicios.

Estas propuestas, programas y planes se han establecido y pormenorizado, según su implicación y relevancia a nivel de Servicio Médico, Hospital o incluso a nivel del conjunto de la red Hospitalaria Balear.

#### **Principios del programa de demora y garantía**

El programa se basa en unos principios que definen su funcionamiento:

##### **a) Corresponsabilidad**

La vigilancia y la mejora en los tiempos de demora es tarea de todos los agentes implicados, así se ha dado gran importancia a establecer claramente los objetivos anuales en demora y su inclusión en los distintos contratos de gestión a nivel de Hospital, Servicio y facultativo, ligando el cumplimiento de

dichos objetivos a los incentivos anuales, incluyendo al equipo de gestión de cada Hospital.

En la corresponsabilidad se ha implicado al paciente confirmando la cita en algunos centros 24/48 horas antes de su realización.

## **b) Coordinación**

### **Coordinador Autonómico de Listas de Espera**

El programa cuenta con un coordinador en dependencia de la Dirección Asistencial del Ibsalut.

Las funciones básicas desarrolladas han sido:

- . Identificar a los responsables de cada Hospital en Listas de Espera, con los que de forma continuada realiza el análisis de situación de las diferentes Listas.
- . Planificación de las soluciones más apropiadas a corto, medio y largo plazo, teniendo en cuenta la visión global de la situación, junto al responsable de cada Hospital.
- . Supervisión continuada de los diferentes planes y programas establecidos para la desaparición de las demoras.
- . Control de la Actividad Asistencial de los Centros Concertados y sus resultados.
- . Coordinación Asistencial entre Hospitales Públicos y concertados.

## **c) Continuidad**

Las actuaciones sobre Listas de Espera deben iniciarse siempre que vayan a tener continuidad, por tanto, deben ser sostenibles en el tiempo para que realmente incidan en la demora quirúrgica.

La mejora en demora es siempre bien valorada, pero se considera de forma inmediata, como habitual y normal por el paciente. El incremento en las demoras se percibe como un fracaso importante del sistema sanitario.

## **Plan de acción**

### Planteamiento general

A partir del 01/09/03 se desarrolló el programa de demora y garantía en base a los principios reseñados y con un planteamiento general.

- . **Optimización del uso de los recursos** de la red sanitaria Pública Balear.
- . **Incremento de la actividad asistencial** del sistema de especializada tanto en Hospitales propios como concertados.

Acciones para la Optimización del Uso de Recursos

### **A. Basada en la GESTIÓN CENTRALIZADA de la Lista de Espera.**

**Centralización en la Dirección Asistencial de Ibsalut** de los excedentes en Lista de Espera y su gestión posterior.

**Desarrollo de sistemas de Información integrada** y comparada de toda la actividad asistencial y Listas de Espera centralizada en la Dirección Asistencial.  
**Derivación de actividad** entre Hospitales Públicos (competencia condicionada).

## **B. Utilización de todos los recursos de la Red Pública**

### **C. Creación de Circuitos Directos**

Se han realizado actuaciones para efectuar derivación directa desde Atención Primaria a Centros Concertados y Públicos. Entre otras:

**Unidades Quirúrgicas Específicas** con acceso directo desde Atención Primaria en Centro Público o Concertado sin Lista de Espera.

En las especialidades de Cirugía General, Traumatología, Urología, creándose circuitos para cierto tipo y nivel de diagnósticos. No sólo se deriva la intervención quirúrgica, sino el proceso (consulta, preanestesia...)

El funcionamiento de éstas ofrece resultados de este tipo: 8 días de demora entre consulta A. Primaria y especialista y 30 días máximo entre consulta Atención Primaria e intervención

#### **Derivación directa de Procesos Quirúrgicos, Consultas y Pruebas Diagnósticas.**

Derivación a otro sector sanitario, cuando el paciente lo acepta desde Atención Primaria.

**Derivación directa a Centros Concertados.** Derivación a hospitales concertados de consultas y procesos quirúrgicos establecidos y protocolizados previamente, con la anuencia del paciente, y para según que nivel y complejidad.

## **Aspectos destacables**

### **1. Financiación** (no incremento)

El nuevo modelo de gestión de listas de espera de IBSALUT no ha contado durante el último trimestre 2003/2004 con una financiación específica, ha existido un incremento en el gasto presupuestario de los hospitales concertados (1.900.000€) o planes específicos (300.000€) que han sido mínimos en relación a la actividad asistencial desarrollada por el programa (89.152 actuaciones entre consultas, intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas).

Ha producido ahorros importantes en autoconcertación, disminuyendo en todos nuestros hospitales.

### **2. Coherencia**

El modelo centralizado ha permitido realmente la utilización plena de todos los recursos existentes, mejorando los rendimientos de lo infrautilizado o aumentando recursos propios y concertados cuando ello ha sido posible, logrando que hospitales públicos ayuden en la atención de otras áreas con mayor demora.

### 3. Adecuación y flexibilidad

El nuevo modelo ha permitido que tanto Cirugía como Consultas se deriven desde Atención Primaria a hospitales concertados y sean atendidas en el nivel adecuado de complejidad en concordancia con el paciente.

Así mismo el apoyo concertado y público hospitalario se ha portado de forma flexible adecuándose a las demandas a atender en las diferentes especialidades y Listas de espera.

### 4. Recursos humanos (no incremento)

Tanto la gestión del programa (Director Asistencial, Coordinador Autonómico), como sus responsables hospitalarios (Director Médico, Subdirector), como los profesionales que han realizado la atención especializada, no han supuesto trabajos específicos o de dedicación plena, cumpliendo sus otras funciones habituales en el organigrama asistencial.

## Evaluación

El programa se ha **evaluado en relación con la obtención de los objetivos** marcados en Lista de espera, así pues si evaluamos el año 2004 (el programa se inició en septiembre 2003 con importantes mejoras hasta diciembre 2003):

#### **En Lista de espera quirúrgica:**

- Disminución del número de pacientes de 12.107 (Enero 2004) a 10.603 (Diciembre 2004)
- Disminución del número de pacientes en L.E.Q. por cada 1.000 habitantes de 13,3 (2003) a 11,57 (2004).
- Desaparición de pacientes en espera quirúrgica mayor de 6 meses, que pasó de 309 (enero 2004) a 0 (diciembre 2004).

#### **En Lista de espera de consultas de atención especializada:**

- Disminución del 35 % de los pacientes de consultas, ya que ha pasado de 40.657 (diciembre 2003) a 27.232 (diciembre 2004).
- Disminución de la demora media prospectiva de 49.8 días (diciembre 2003) a los 29.9 días (diciembre 2004), 20 días menos de demora en un año.

#### **Índice entradas salidas**

El número de salidas tanto en Lista de espera de consultas como quirúrgica ha sido durante todo el año 2004 inferior a 1, es decir todos los meses del año se han realizado más actuaciones sanitarias que las demandadas, alcanzando por ello las disminuciones antes apuntadas.

## **2. PROYECTO DE INFORMATIZACIÓN DEL HOSPITAL SON LLÀTZER**

### **Justificación, motivación de su inicio o planteamiento**

La Historia Clínica Electrónica (HCE) se está extendiendo en los Hospitales, aunque la mayoría de experiencias son implantaciones parciales (en algunos departamentos) no implicando a todos los profesionales ni tareas o circuitos.

Por otro lado, el uso de la HCE supone:

- Optimización de procesos
- Elimina agentes intermedios
- Mejora en la exactitud del diagnóstico y disminuye la variabilidad de la práctica clínica (JAMIA 2002; 9:294)
- Favorece las iniciativas coste-beneficio (A J Med 2003; 114:397)
- Disminuye los errores médicos (NEJM 2003;348:2526)
- Ahorra costes (24% reducción de costes) (2003 Medicare costs analysis)
- Favorece el acceso inmediato a bases de datos clínicas y científicas (JAMIA 2002;9:223)
- Herramienta importante para investigación biomédica

El Hospital Son Llàtzer (HSL) ha desarrollado un Sistema Tecnológico y de Sistemas de Información global, integrado y accesible.

Tecnológicamente el HSL dispone de componentes de alta tecnología y desarrollo. Cabe destacar el Sistema de Información Hospitalario que gestiona toda la documentación escrita y la imagen (radiografía digital, imagen endoscópica, ECG digitales) del hospital en una Historia Clínica Electrónica (HCE). El grado de desarrollo de la informatización del hospital lo sitúa, sin duda, en uno de los más evolucionados de Europa.

El proyecto de informatización del HSL ha consolidado el concepto de HCE dentro del Hospital, ha implantado el uso de una DataWarehouse (DWH) como herramienta de explotación para la información de gestión y clínica, y desarrolla en la actualidad proyectos ambiciosos como pase de visita médico con PDA's, comunicación con Atención Primaria a través de la propia HCE o acceso del usuario a su HCE a través de móvil.

La apuesta tecnológica del HSL tiene como objetivos fundamentales:

- Mejorar los flujos y procesos asistenciales donde la tecnología aporta un valor añadido.
- Desarrollar en su totalidad el acceso a la información clínica de un paciente en cualquier momento y desde cualquier punto del hospital.
- Garantizar la comunicación rápida y automatizada entre los servicios.
- Facilitar la accesibilidad por parte del paciente a los servicios hospitalarios.

Todos los objetivos pretenden una mejor comunicación intrahospitalaria lo que implica un mejor servicio al paciente. El proyecto de informatización se centra no en adquisición tecnológica de por sí, sino en la evaluación de las ventajas que pueda ofrecer la informatización de los procesos y en su caso desarrollarlas.

### **Características principales de su desarrollo**

#### Modelo de Gestión TI

Una de las claves de éxito del proyecto ha sido el enfoque de gestión de Tecnologías que se ha utilizado. Las TI se gestionan como un **servicio** mediante un contrato de outsourcing que engloba:

- Hardware: servidores y PC's en renting durante 3 años con alta disponibilidad y monitorización remota 24x7.

- Aplicaciones: en renting con enfoque de servicios (nuevas versiones, evolución, etc....)
- Servicio: grupo de personas local y remoto 24x7 proporcionando soporte y evolución de las aplicaciones.

### Interoperabilidad

Uno de los aspectos que más valor añadido ha proporcionado al proyecto, ha sido la interoperabilidad e integración entre sistemas de información departamentales y centrales. La gestión automatizada de peticiones clínicas ha implicado un nivel de automatización del proceso muy completo, todo ello basado en un concepto de integración muy fuerte. Tecnológicamente, la integración se ha realizado de forma sólida y consistente utilizando un motor de integración central EAI Rhapsody y estándares de intercambio consolidados en sanidad (HL7, DICOM, IHE).

La potencia del EAI nos ha permitido no solo comunicar subsistemas de información entre ellos sino auditar y modelar nuevas e innovadoras funcionalidades como reconversión de datos ECG a estándares (Dicom Waveform, SCP, XML-FDA), Dicomizar imágenes y traspasarlas al PACS, generar avisos SMS en función del estado de un proceso, conversión de prescripción a HL7 v3, etc.

### Red Inalámbrica

La implantación de la red wireless en el hospital ha supuesto una mejora en la funcionalidad de ciertos procesos (pase de visita, apoyo administrativo, acceso en cualquier lugar, etc....).

Dicha implantación vino precedida de un profundo estudio de interferencias con equipos de telefonía y equipos médicos así como un estudio de coberturas, canales y mecanismos de seguridad.

Las tres claves sobre las que se basa el proyecto tecnológico de HSSL son:

- **Globalización**
  - Abarcar todos los departamentos, profesionales, procesos y tareas.
  - Todas las áreas:
    - Gestión de pacientes (HIS)
    - Clínica (HCE y aplicaciones departamentales)
    - Administrativas (gestión económica, recursos humanos, etc.)
  - Hacer llegar la información a otros centros (Atención Primaria)
- **Integración**
  - Se disponen de un conjunto de aplicaciones de diferentes empresas las cuales tienen que estar integradas.
  - **Portal único personalizado** con acceso centralizado (entrada / salida)
- **Accesibilidad**
  - Hacer la información accesible en cualquier momento y lugar (movilidad)
  - Independencia del dispositivo

## Diseño de Procesos

El proyecto contribuye de forma muy directa a la optimización de los procesos, sobretudo al automatizar tareas que no aportan valor al proceso pero sí suponen retardos. Por ejemplo, la gestión automatizada de peticiones clínicas (CPOE) supone que cuando un clínico hace una petición a un servicio, por ejemplo digestivo, la petición llegue automáticamente a Digestivo y, cuando ésta es programada o resuelta se comunique directamente al emisor de la petición. El proceso de trasladar peticiones y resultados en papel por parte de un celador ha desaparecido y ese proceso se realiza en segundos.

Está también claro que los métodos tradicionales de trabajo tienen que cambiar al disponer de toda la información del paciente en cualquier lugar. Una pantalla gráfica en urgencias informando del estado de los boxes, simulando el corcho tradicional, permite que además de tener localizados a los pacientes, se pueda monitorizar constantemente el estado de sus peticiones (laboratorio y radiología) conociendo al momento si los resultados están disponibles.

El proceso de medicación (prescripción, unidosis y administración) está totalmente automatizado permitiendo tener el estado de medicación de un paciente en tiempo real. Un estudio de Archives of Internal Medicine (Vol. 164 nº 7, 12 abril 2004) señala que la prescripción informatizada puede prevenir el 64% de los errores de prescripción, de los cuales el 43% son potencialmente dañinos.

La potencialidad del motor de integración EAI también ayuda a la mejora y optimización de los procesos. El workflow queda “dibujado” en la ruta del EAI permitiendo flexibilidad y agilidad en los procesos y dotando de inteligencia de negocio a los sistemas (alarmas automatizadas a resultados microbiología, etc.).

### **Aspectos destacables de su implantación o aplicación y evaluación**

La implantación del proyecto fue realizada durante el primer año de apertura del hospital. El proyecto está globalmente implantado y afecta a todos los usuarios. El segundo año generó la demanda de nuevos servicios de valor añadido y optimización de procesos (SMS, movilidad, ECG, imagen,...) los cuales nacen de la necesidad creada de nuevas funcionalidades de trabajo con HCE.

En cuanto a actividad, comentar que el hospital realiza una media diaria de 1.200 informes médicos, viajan unas 5.500 peticiones clínicas (20.000 mensajes HL7/diarios). Hay más de 3.000.000 de imágenes almacenadas y se envían una media de 900 SMS a pacientes.

La aceptación del proyecto ha sido desde el principio una preocupación clave del hospital. El mejor termómetro del proyecto es el uso diario que se está haciendo del mismo sin problemas graves aunque con constante demanda por parte del profesional clínico. Se han realizado encuestas a profesionales las cuales han constatado que, después de trabajar 2 años con Historia Clínicas Electrónica y procesos automatizados, el 91% de los médicos no volverían a sistemas tradicionales en papel prefiriendo el sistema electrónico. El 83% de los clínicos consideran que la Gestión Informatizada de Peticiones agiliza los procesos clínicos.

Además de los profesionales, el hospital quiso conocer la percepción del proyecto por parte de los pacientes. En abril de 2004, se realizó una encuesta a los pacientes por tres vías (presencial en papel, vía SMS y por Internet) preguntando a los pacientes si

creían que la Historia Clínica Informatizada de Son Llàtzer mejora el servicio sanitario ofrecido:

- Pacientes encuestados en consultas externas de forma Presencial en Papel: 69,7% respondieron que sí.
- Pacientes encuestados vía SMS: el 90,1% respondieron que sí.
- Pacientes encuestados vía Internet: el 93,1% respondieron que sí.

Además, se aprovechó la encuesta para captar pacientes que quisieran participar en proyectos de telemedicina con el hospital (78% respondieron afirmativamente) y consultar si les gustaría acceder vía web y/o teléfono móvil a su propia Historia Clínica (92% respondieron afirmativamente). De hecho, lo que más interesaba a los pacientes es conocer el estado de una cita con el hospital, consultar resultados de laboratorio y pedir que le hagan una receta.

Los pacientes que respondieron afirmativamente a la participación en proyectos piloto fueron convocados a una reunión en la cual expusieron sus necesidades de interactuar con el sistema de salud. Accedieron entre 50 y 70 pacientes a dicha reunión.

## Resultados

Después de un año y medio de utilización, se puede afirmar que el hospital dispone del 98% de los procesos tanto clínicos como administrativos automatizados. Se puede decir también que el hospital trabaja de forma global con **Historia Clínica Electrónica**.

La plataforma disponible actualmente ha permitido al hospital implantar diferentes tecnologías innovadoras que aportan y optimizan procesos con facilidad. Así, se han puesto en marcha proyectos de movilidad y accesibilidad a la información.

El proyecto supone una apuesta clara por la utilización de las TI como herramienta para los procesos administrativos y clínicos del Hospital. El proyecto ha supuesto una importante innovación tecnológica en sanidad (eSanidad) con herramientas como:

1. **Plataforma *mobile***: sistema de contacto e intercambio de información mediante mensajes SMS. Tres proyectos diferentes enfocados sobre tres colectivos:
  - estadísticas del hospital para el equipo directivo
  - peticiones y resultados clínicos
  - recordatorio de citas a pacientes 48 horas antes. Este proyecto ha supuesto disminuir la tasa de pacientes no presentados a consultas del 18 al 11%.

Para ver una demostración: enviar un mensaje SMS con la palabra **demo** al teléfono **659973019**.

2. **Sistema de Información Datawarehouse**: sistema de explotación de información que permite la consulta a tiempo real de datos clínicos y de gestión por los profesionales sanitarios del centro, con navegación en la información hasta detalle de personal y/o paciente.
3. **Proyectos de movilidad**: (red wireless)
  - a. Optimización de flujos de trabajo: Soporte administrativo en consultas externas mediante TabletPC. Las tareas administrativas de la consulta

han pasado a la auxiliar, permitiendo al médico dedicar más *tiempo médico al paciente*.

- b. Mejora de la calidad asistencial: Acceso a la historia clínica desde cualquier dispositivo móvil TabletPC o PDA. Se consigue el acceso a la información en la propia habitación del paciente, evitando papel de apoyo y transcripciones posteriores al ordenador.
4. **Integración con Atención Primaria:** con la base de información disponible, el hospital proporciona de forma ágil toda la información que los profesionales de A. Primaria requieran para dar la continuidad asistencial al paciente. Los profesionales de A. Primaria pueden acceder a:
- Búsqueda de pacientes
  - Citación
    - Datos administrativos
    - Lista de espera
    - Citas pendientes
  - Documentos de la HCE:
    - Informes de alta (hospitalización, urgencias, consultas externas, hospital de día)
    - Radiología (informes e imágenes)
    - Resultados laboratorio
    - ECG's
5. **ECG Wireless:** los ECG's están informatizados y se almacenan en un sistema de información cardiológico. La combinación de equipos de ECG conectados a los TabletPC del hospital permiten disponer de ECG's inalámbricos los cuales al mismo momento que se realiza un ECG, éste se vuelca en el sistema central siendo accesible por todo el hospital.
6. **Imagen: toda** la imagen clínica generada en el hospital es accesible desde el repositorio de imagen (PACS). El PACS se utiliza no solo como repositorio de imagen radiológico sino de toda la imagen que constituye la HHCC (oftalmología, dermatología, digestivo, anatomía patológica, etc.).

La gestión del cambio se ha ido produciendo durante la vida del proyecto. Ha sido clave cuidar de forma particular los diferentes colectivos:

- **Gestores:** necesidades claras y apoyo al proyecto
  - Intranet como herramienta de comunicación interna
  - Datawarehouse abierto
- **Clínicos** (médicos y enfermeras):
  - Han visto cubiertas sus expectativas.
  - Tienen respuestas a sus constantes demandas.
  - El proyecto es global: todos los elementos de la HHCC están digitalizados (imagen color, ECG, prescripción)
  - Balanza: las ventajas (optimización de procesos) son más que los problemas (tareas administrativas)
  - Los clínicos tienen "sus" proyectos: pantalla urgencias, imagen color, ECG
  - Encuestas

- **Pacientes**

- Acceso Internet desde las habitaciones
- Interacción SMS: recordatorio de citas
- Encuesta sobre el proyecto eSalud
- Reunión con pacientes: ¿cómo os podemos ayudar?

El proyecto ha sido global y no parcial. El proyecto no ha estado a merced de los gestores sino de todos los implicados con el objetivo último de mejorar el proceso asistencial que se ofrece al paciente.

#### Documentación Adicional

El proyecto Son Llàtzer ha recibido los siguientes reconocimientos:

Durante el año 2003:

Premio Nacional a la Innovación en Gestión y Administración Sanitaria, concedido por la Escuela Nacional de Sanidad, BearingPoint y Diario Médico.

“Encomienda con Placa”: Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España.

Durante el año 2004:

*eEurope Awards for eHealth 2004 (Honorable Mention):* organizado por el *European Institute of Public Administration* con el soporte de *Information Society Technologies Programme of the European Commission for the years 2003-2005* (<http://www.e-europeawards.org/>)