

Informe anual  
del Sistema Nacional  
de Salud 2013  
Canarias



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

## Índice

---

Demografía y entorno económico .....	2
Resumen .....	3
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013 .....	4
1. Gestión económica y presupuestaria .....	4
2. Control del gasto farmacéutico .....	6
2.1. Receta electrónica continua.....	6
2.2. Ayudas a la prescripción a través de la historia clínica .....	7
3. Mejora de la eficiencia en la prestación de la asistencia sanitaria .....	7
3.1. La sostenibilidad del sistema sanitario como objetivo general en el Programa de Gestión Convenida (PGC).....	7
3.2. El médico especialista consultor.....	9
3.3. Retisalud .....	10
4. Política de personal .....	11
4.1. Plan de Ordenación de Recursos Humanos en materia de jubilación .....	11
Índice de tablas.....	13
Abreviaturas, acrónimos y siglas .....	14

## Demografía y entorno económico

---

	Canarias	España	Fuente
Población	2.108.462	46.593.236	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	49,8	49,2	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	50,2	50,8	INE-Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	14,6	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	71,0	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	14,4	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	7,5	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	6,3	5,8	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

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

## Resumen

---

En estos últimos años, al hilo de la crisis económica, el Servicio Canario de la Salud (SCS) ha optado por la adopción de estrategias dirigidas a desarrollar las potencialidades de nuestra sanidad pública y para mejorar su eficiencia.

Por eso, en el 2013, los avances en el mantenimiento y mejora de la sanidad pública se han dirigido fundamentalmente a los siguientes aspectos:

- Gestión económica y presupuestaria
- Mayor eficiencia en la prestación de la asistencia sanitaria
- Control del gasto farmacéutico
- Adecuación en la política de personal

En el ámbito de la *gestión económico presupuestaria*, se ha continuado trabajando tanto sobre los ingresos, con el desarrollo del Gestor de Expedientes para facturación a terceros, de creación propia, como sobre los gastos, fomentando y promoviendo las compras centralizadas. Destacar la puesta en marcha de los Expedientes de adopción de tipo de medicamentos y productos sanitarios declarados de uso común y uniforme, no sujetos a contratación centralizada, así como, en su caso, la suscripción de acuerdos marco derivados del mismo, en el ámbito del SCS.

El SCS ha continuado avanzando en la *mejora de la eficiencia* a través de programas como Retisalud o la actividad del Médico especialista consultor, al mismo tiempo que se vinculan los incentivos de los profesionales sanitarios con los objetivos que en el PGC van dirigidos a la sostenibilidad del sistema.

En lo que se refiere al *control del gasto farmacéutico*, destacar, por un lado la implantación de la Receta Electrónica Continua (RECC) en todas las áreas de salud de Canarias, y por otro, las ayudas a la prescripción a través de la Historia Clínica Electrónica (HCE).

Sobre la *política de personal*, además de continuar con el proceso de estabilización de personal estatutario del SCS a través de la OPE iniciado en 2007, señalar el Plan de ordenación de recursos humanos en materia de jubilación que ha permitido aplicar una política de renovación y redimensionamiento de plantillas, adecuando los recursos humanos a las actividades de prestación de servicios sanitarios, por medio de la incorporación progresiva y ordenada de nuevos profesionales que cubran las plazas que queden vacantes por jubilación.

### **1. Gestión económica y presupuestaria**

En este aspecto se ha continuado trabajando tanto en el ámbito de los ingresos como en el de los gastos.

En relación con los procedimientos de facturación a terceros se ha desarrollado e implementado un Gestor de Expedientes, de creación propia, que alcanzó en el año 2013 al 77% de las unidades de facturación de los centros de asistencia especializada. Este Gestor hace posible un seguimiento estricto del procedimiento administrativo necesario para el cobro de cada una de las asistencias prestadas a pacientes sin derecho a asistencia sanitaria financiada, minimizando la posibilidad de no facturar tales ingresos. Asimismo, durante 2013 se elaboraron las condiciones técnicas para la implementación del pago mediante tarjeta de crédito en los centros asistenciales de aquellas asistencias prestadas a pacientes sin derecho a recibir asistencia sanitaria financiada públicamente.

Dentro del ámbito de la gestión de los gastos corrientes en bienes y servicios se ha continuado fomentando y promoviendo las compras centralizadas, con el objeto de conseguir productos homogéneos en todos los centros del Servicio Canario de la Salud, y obtener una mejor oferta económica en los procedimientos abiertos de contratación. En tal sentido, en cumplimiento de lo dispuesto en la Orden de la Consejera de Sanidad de 20 de noviembre de 2012 por la que se determina el régimen de contratación centralizada de bienes y servicios relacionados en su Anexo, y siguiendo la tendencia de la mayoría de las administraciones públicas con el objetivo de ganar en eficiencia y economía, durante el año 2013 se han llevado a cabo los siguientes trámites:

- Se adjudicó el expediente de contratación centralizada de gestión integral de residuos sanitarios para todas las gerencias sanitarias, con un ahorro de 910.000€/año con respecto al año anterior.
- El Grupo de Trabajo constituido a efectos de estudiar la cadena de aprovisionamiento de bienes y servicios, integrado por representantes de los departamentos de suministros de hospitales, de atención primaria, de un Servicio de Farmacia hospitalaria y de la Dirección General de Recursos Económicos, concluyó formulando varias propuestas tendentes a ganar en eficiencia y economía en esta área.
- Se realizaron los trabajos preparatorios que culminaron con la publicación de sendas licitaciones para contratar los servicios de limpieza y pruebas externas de laboratorios en el ejercicio 2014. Por lo que al servicio de limpieza respecta, se elaboró un único Pliego de Prescripciones Técnicas de servicios de limpieza y otras prestaciones secundarias tales como mantenimiento de jardines, transporte y costura de ropa, gestión de residuos, etc., común a todos los servicios tanto sanitarios como no sanitarios. Asimismo, se unificaron los precios máximos de licitación de pruebas externas de laboratorio para todos los hospitales.

- Se iniciaron los trabajos para contratar la adquisición de reactivos para laboratorios, habiéndose fijado unos precios unitarios

Otra de las estrategias puestas en marcha en el Servicio Canario de la Salud, fue la ampliación de los Expedientes de adopción de tipo de medicamentos y productos sanitarios declarados de uso común y uniforme, no sujetos a contratación centralizada, así como la suscripción de acuerdos marco derivados del mismo.

Tabla 1.1. Expedientes de adopción de tipo de medicamentos y productos sanitarios

Expedientes
Marcapasos-Desfibriladores-Holters-Electrodos
Ropa plana de hospitalización
Medicamentos de uso humano I
Somatotropina
Medicamentos uso humano II (exclusivos)
Stents coronarios
Indumentaria desechable
Guantes
Uniformidad y calzado
Sueros

Fuente: Servicio Canario de la Salud.

Una de las características de los procedimientos de determinación de tipo es que no obliga al Servicio Canario de la Salud a adquirir un número determinado de unidades, siendo un segundo y definitivo contrato celebrado con cada centro de gestión el que determina las adquisiciones de los productos concretos a suministrar y su cantidad, tramitándose entonces por los órganos de contratación de las respectivas Instituciones Sanitarias del Servicio Canario de la Salud.

Los respectivos centros de gasto, como órganos de contratación competentes para adjudicar el correspondiente contrato marco, solicitan a la empresa o empresas adjudicatarias que suscribieron el acuerdo marco, la oferta de suministro de los medicamentos que en cada momento resulten necesarios y celebran el contrato con la oferta que consideren mejor económicamente, lo que supone un ahorro sustancial de un 10% aproximadamente.

Durante el año 2013 se ha mejorado el proceso de asignación de recursos a través del presupuesto anual del Servicio Canario de la Salud mediante la introducción del reparto de los recursos adicionales conforme a la población ajustada según perfiles de gasto por grupo de edad y según complejidad hospitalaria (ésta última en el caso de las Gerencias de Atención Especializada).

Asimismo, se han desarrollado, junto con la Consejería de Economía y Hacienda, los trabajos preparatorios para el cierre de los sistemas SEFCAN (Sistema Económico Financiero de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias) y TARO (Sistema de Información Contable, Financiero y Logístico del Servicio Canario de la Salud) de cara a la

entrada en funcionamiento del nuevo Sistema Económico Financiero y Logístico de la Comunidad Autónoma de Canarias.

## 2. Control del gasto farmacéutico

### 2.1. Receta electrónica continua

El fin último de la política farmacéutica del Gobierno de Canarias coincide con la definición de uso racional del medicamento dada por la OMS en 1985 y que es conseguir que "los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad". Esto se consigue, sobre todo, con las políticas de prestación farmacéutica y uso racional del medicamento.

Por otra parte, el Servicio Canario de la Salud (SCS) a efectos de racionalizar el gasto público respecto a la prescripción y dispensación de medicamentos en el ámbito de la Comunidad Autónoma, ha priorizado que la prescripción por parte de los facultativos del SCS se realice a través de la Receta Electrónica Continua Canaria (RECC). Con la RECC se pretende un control más exacto del retiro de envases en la farmacia a partir de su última fecha de recogida o de cobertura y la posología estipulada por el médico, de manera que el paciente retire la medicación de la farmacia en el momento que la necesite.

Canarias es una de las comunidades autónomas con mayor porcentaje en la utilización de la Receta Electrónica según los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de forma que, aunque la REC sólo estaba implantada en los centros de Atención Primaria, 91 de cada 100 recetas dispensadas en las farmacias se prescribieron en formato electrónico.

La Receta Electrónica implantada por el Servicio Canario de la Salud permite prescribir prácticamente todos los productos disponibles. Es posible recetar medicamentos tanto por nombre comercial como por principio activo; efectos y accesorios como pañales de incontinencia urinaria, tiras reactivas de glucemia, colectores, gasas, vendas etc., medicamentos no financiados, productos de visado y estupefacientes.

Por ello, se han ido adoptando los cambios precisos para hacer extensiva la implantación de la receta electrónica, incluyendo en ella desde agosto 2013 los medicamentos de visado y los medicamentos estupefacientes. Asimismo, está prevista la incorporación de las recetas que se les extiende en el SCS a desplazados y pacientes con acuerdos internacionales, así como el gran proyecto de pilotar la REC en atención especializada prevista para el segundo trimestre del año 2014. Toda esta actuación evita la acumulación de medicamentos y disminuye la frecuencia de las citas para repetición.

En el mes de diciembre se emitieron 3.021.318 recetas electrónicas en la Comunidad Autónoma, el 85,95% del total de recetas prescritas (3.013.582). Los porcentajes por Área de Salud fueron: 91,39% en El Hierro, 92,18% en La Gomera, 92,47% en La Palma, 92,00% en Fuerteventura, 89,83% en Lanzarote, 93,83% en Tenerife y 88,94% en Gran Canaria.



## 2.2. Ayudas a la prescripción a través de la historia clínica

El Servicio Canario de la Salud trabaja permanentemente en la actualización de la formación de los facultativos "on line" a través del soporte DRAGO Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, que les facilita su trabajo en el mismo momento de la prescripción. A lo largo del 2013 se ha continuado añadiendo nuevas ayudas a esta herramienta:

- Con información para la elección de los fármacos más eficientes en cada situación, recomendados en las guías farmacoterapéuticas tomadas de referencia (Guía Terapéutica SEMFYC).
- Se han incluido alertas farmacológicas para una prescripción más segura y se han proporcionando listados a los profesionales respecto a los pacientes de su cupo con la medicación sujeta a la alerta en tratamiento vigente.
- Estos listados se actualizan periódicamente y contienen sólo los pacientes que tienen este medicamento vigente (activo). Además se ha realizado la inserción de comentarios generales dirigidos a medicina de familia y enfermería en las historias de todos los pacientes que sigan con el tratamiento vigente.
- Para ayuda a la prescripción segura y dentro del Programa del Paciente Crónico Polimedocado, en la historia clínica se informa sobre Medicación duplicada, Medicación no recomendada en mayores de 65 años (con la ayuda de criterios Stopp y Priscus), Interacciones farmacológicas a "evitar" en este grupo de edad, o Duración máxima recomendada de algunos tratamientos, tales como Bifosfonatos, Omeprazol, o antiagregantes.

## 3. Mejora de la eficiencia en la prestación de la asistencia sanitaria

### 3.1. La sostenibilidad del sistema sanitario como objetivo general en el Programa de Gestión Convenida (PGC)

La Ley territorial 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias, establece el Programa de Gestión Convenida como herramienta fundamental, que fija los objetivos a alcanzar y orienta las acciones a desarrollar por las Instituciones del Servicio Canario de la Salud, de acuerdo con los criterios y directrices adoptados por los Organismos Centrales del Servicio, tal y como se recoge en su artículo 70.

Como consecuencia del trabajo desarrollado por un Grupo de trabajo constituido por la Dirección del Servicio Canario de la Salud, con el objetivo de diseñar un nuevo documento más práctico y que facilitara la evaluación del grado de cumplimiento de las metas planteadas, se modifica el Programa de Gestión Convenida.

En los Programas de Gestión Convenida establecidos con cada una de las Gerencias de Atención Primaria, Especializada y de Servicios Sanitarios, se especifica lo siguiente: "A través de este documento, el Servicio Canario de la Salud desarrolla su orientación adecuando los recursos a las necesidades de los usuarios, de una forma equilibrada,

aplicando racionalmente los presupuestos disponibles bajo el principio de la adecuación presupuestario y acorde a las líneas de actuación establecidas en las Áreas de impacto contempladas en el III Plan de Salud de Canarias 2014-2017, para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios, que se encuentra en fase de tramitación en el Parlamento de Canarias.”

En estos nuevos Programas de Gestión Convenida, se definieron los objetivos estratégicos de la Consejería de Sanidad para cada periodo y los distintos indicadores que permitirían evaluar el grado de cumplimiento de las metas planteadas. La selección de estos indicadores estuvo condicionada por la disponibilidad de información homogénea y fiable, que facilitaran el seguimiento y la evaluación del objetivo.

El objetivo básico de este Programa de Gestión Convenida fue la Sostenibilidad del sistema sanitario a través de los siguientes objetivos asociados:

- Adecuación presupuestaria
- Mejora de la eficiencia
- Disminución de los tiempos de espera
- Integración de los sistemas de información del SCS
- Uso racional del medicamento y productos sanitarios

Destacar los Objetivos dirigidos a conseguir la Adecuación presupuestaria:

- Desviación cero en la ejecución del presupuesto para gastos de personal
- Corrección progresiva del desfase entre gasto real y créditos definitivos del Servicio Canario de la Salud en gastos en bienes corrientes y servicios.
- Mejoras en la captación de información trascendental para la optimización de la facturación a terceros
- Grabación de pedidos asociados a acuerdos marco
- Procedimiento de adquisición centralizada o acuerdos marco de adquisición de determinados bienes y productos de naturaleza sanitaria y no sanitaria.

De forma general, se asignaron un total de 100 puntos para distribuir entre los distintos apartados y los puntos asignados a cada uno de estos 5 objetivos, se distribuyeron a su vez entre los distintos indicadores que se recogían en el documento.

La comparación del valor obtenido al final del periodo evaluado con el valor propuesto como meta permitió medir el grado de consecución de cada uno de los Objetivos.

Por último, tal y como establece el Acuerdo, la puntuación final del grado de cumplimiento global del Programa de Gestión Convenida, se obtuvo de la suma de los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos que lo integran, de acuerdo al peso que se le había asignado a cada uno de ellos.

Esta puntuación final constituye la puntuación que corresponde al 50% de los incentivos en todos los niveles asistenciales, y para todo el personal incluido en el ámbito de aplicación del programa de incentivos.

## 3.2. El médico especialista consultor

La figura del especialista consultor, ya recogida en el II Plan de Salud de Canarias es una de las medidas para mejorar la atención integral de los pacientes, reducir las derivaciones y aumentar la disponibilidad de consultas especializadas, además de evitar desplazamientos innecesarios a los pacientes.

El modelo de especialista consultor en su función asistencial se centra en la valoración conjunta de las historias de salud de los pacientes en los que el médico de Atención Primaria considere necesaria su intervención, bien por dudas en el diagnóstico, tratamiento y/o seguimiento o bien por la necesidad de pruebas complementarias.

El especialista consultor presencial se ha empleado con buenos resultados en varias especialidades como alergia, cardiología, dermatología, digestivo, endocrinología, ginecología, nefrología, neumología, neurología, reumatología etc.

Además, para la mejora de la resolutiveidad en la atención de los procesos, se ha desarrollado la figura del médico especialista consultor virtual. El médico de Atención Primaria a través de la historia de salud electrónica Drago-AP hace una petición al especialista consultor quien consulta el historial y desde un punto de vista diagnóstico y terapéutico valora a cada paciente. El especialista ofrece la solución para el caso al médico de familia o solicita pruebas complementarias o cita para valoración presencial.

Los pacientes pueden ver solucionados sus problemas desde el Centro de Salud y obtienen una atención rápida e integral, logrando al mismo tiempo reducir la espera de las consultas externas del centro hospitalario.

Permite una mejora en la atención integral de los pacientes, reduce las derivaciones y aumenta la disponibilidad de consultas especializadas, además de evitar desplazamientos innecesarios.

Además, mejora la satisfacción de los profesionales y la coordinación asistencial entre niveles.

Por ello, en los *Programas* de Gestión Convenida (PGC) dentro del Pacto de objetivos AP-AE, se ha incluido potenciar a los especialistas consultores en presencia y virtualmente para racionalizar la espera del usuario. El objetivo del Servicio es mejorar la eficiencia, agilizando la atención al paciente tanto desde la Atención Especializada como desde la Atención Primaria.

Valorando los datos, en cuanto al especialista consultor presencial el número de consultas ha ido aumentando incrementándose desde 22.775 en 2012 a 36.644 en 2013.

En cuanto al especialista consultor virtual, el disponer de este recurso contribuye a facilitar la atención integral y el número de consultas se ha ido incrementando progresivamente de forma muy notable, pasando de 14.867 en 2012 a 55.089 en 2013.

Tabla 3.1. Número de interconsultas de especialista consultor 2012-2013

Tipo de interconsulta	2012	2013	Diferencia 2013-2012
Especialista consultor presencial	22.775	36.644	+ 13.869
Especialista consultor virtual	14.867	55.089	+ 40.222

Fuente: Servicio Canario de la Salud.

Podemos estimar que han sido evitadas 91.773 consultas en atención especializada gracias a la figura del especialista consultor.

### 3.3. Retisalud

El programa de cribado de retinopatía diabética, Retisalud, se encuentra implantado en las 7 Áreas de Salud prestando atención a una población de 145.313 pacientes diabéticos, utilizando 43 retinógrafos no midriáticos.

Durante el año 2013, se ha realizado el cribado de Retinopatía diabética (RD) a 40.786 pacientes a través del programa Retisalud y el 11,74 % presentaba alguna patología. De éstos, sólo han tenido que desplazarse aquellos que por su patología de fondo de ojo precisara ser vistos en consulta de Oftalmología.

Durante este año se han realizado un total de 53.096 retinografías, con respecto al año 2012 se realizaron 15.481 retinografías más (37.615 en 2012) y finalizaron el circuito de cribado 12.304 pacientes más (28.752 en 2012).

Puede estimarse que se han evitado 35.996 consultas presenciales en oftalmología, ya que solamente se han derivado los 4.790 pacientes con retinopatía diabética u otra patología de fondo de ojo. (2.792 pacientes con RD, 1.998 pacientes con otra patología de FO).

Tabla 3.2. Actividad Retisalud 2013, por Área de Salud

	Pacientes diabéticos a los que alcanza el Programa	Objetivo anual 50%	Pacientes cribados de Retinopatía diabética en 2013	Total de Retinografías realizadas
La Palma	5.723	2.862	1.762 (30,8%)	2.129
Tenerife	61.285	30.643	23.770 (38,8%)	29.211
La Gomera	1.293	647	228 (17,6%)	350
Fuerteventura	4.636	2.318	1.941 (41,9%)	2.244
Lanzarote	7.414	3.707	1.676 (22,6%)	2.126
El Hierro	952	476	300 (31,5%)	482
Gran Canaria	64.010	32.005	11.109 (17,3%)	16.554
<b>Totales</b>	<b>145.313</b>	<b>72.658</b>	<b>40.786 (28,1%)</b>	<b>53.096</b>

Fuente: Servicio Canario de la Salud.

## 4. Política de personal

### 4.1. Plan de Ordenación de Recursos Humanos en materia de jubilación

La Comunidad Autónoma de Canarias, en cumplimiento de los objetivos de estabilidad presupuestaria aprobados para el conjunto de las Comunidades Autónomas, presentó el Plan Económico-Financiero de reequilibrio 2012-2014, donde se recogieron una serie de medidas correctoras de ingresos y gastos para el período 2012-2014; entre las que se refieren a la optimización de la gestión de los recursos humanos de Sanidad, se estableció el promover las jubilaciones a los 65 años. En consecuencia, desde el SCS se promovió la publicación del Plan de Ordenación de Recursos Humanos en materia de jubilación y prolongación voluntaria de la permanencia en el servicio activo del personal funcionario y estatutario adscrito a las instituciones sanitarias integradas en el Servicio Canario de la Salud. (BOC núm. 30 de 13 de febrero de 2013).

A través de esta medida se ha pretendido dotar a las instituciones sanitarias de un instrumento que las faculte para aplicar una política de renovación y redimensionamiento de plantillas que permita conseguir una acertada adecuación de los recursos humanos a las actividades de prestación de servicios sanitarios, por medio de la incorporación progresiva y ordenada de nuevos profesionales que cubran las plazas que queden vacantes por jubilación, garantizando en todo caso la prestación de la asistencia sanitaria.

En cuanto a los datos sobre jubilaciones, en 2013 se jubilaron un total de 539 profesionales; de ellos 172 eran médicos y 367 de otras categorías. En estas jubilaciones se ha producido el reemplazo a través de nombramientos de personal estatutario temporal en interinidades, sustituciones y eventualidades. Durante el referido año se nombraron 784 interinidades, de ellas 151 correspondieron a facultativos.

Estabilización de personal estatutario de los centros sanitarios del SCS a través de la Oferta Pública de Empleo.

Como consecuencia del desarrollo de la Oferta Pública de Empleo del Servicio Canario de la Salud, actualmente en curso, aprobada por el Decreto 150/2007, de 24 de mayo, (BOC núm. 114, de 8 de junio de 2011), en cuya virtud se ofertaron 5.097 plazas, repartidas en 98 categorías, a proveer por personal sanitario y de gestión y servicios, con vínculo Estatutario Fijo. Durante el año 2013 se nombraron como personal estatutario fijo a 166 facultativos, 5 médicos de admisión y documentación clínica, 4 ingenieros industriales y 2 lavanderas.

Como es preceptivo, previo a dicha publicación, durante los años 2008 y 2009, se desarrollaron los concursos de traslados ó procesos de movilidad voluntaria de las plazas cuyas categorías estaban comprometidas en la Oferta Pública de Empleo de referencia, salvo en el caso de las categorías de Médico de Familia y Enfermero/a, que se vieron afectadas por procesos judiciales.

Tras el inicio en 2010 y de forma consecutiva en 2011, 2012 y 2013, se produjeron once convocatorias, que abarcan las plazas de 94 categorías, de las 98 a convocar, lo que

supone que desde que se publicó el Decreto de oferta, se han ido sucediendo todos los hitos que conforme a derecho se debían cumplir, sin que por ello se frenara en ningún caso la maquinaria de procesos selectivos abordables en los diferentes ejercicios.

En relación a los agentes de participación, se indica, que en la OPE de referencia se han nombrado 353 Tribunales, que multiplicados por cinco miembros, arrojan un total de: 1.765 empleados públicos (desde Jefes de Servicio hasta Auxiliares Administrativos y demás categorías sanitarias y de gestión varias), implicados en los procesos selectivos. En este sentido se señala que estos nombramientos suponen en todos los casos un compromiso y una dedicación añadida al desempeño habitual en los puestos de trabajo, todo lo cual se efectúa sin remuneración, si se realizan las asistencias en horario laboral

La gestión de las convocatorias se ha ido mejorando de forma efectiva y eficiente, incorporando el desarrollo de medios informáticos, toda vez que nos fue posible diseñar con personal propio de la administración, un programa para llevar a cabo tanto la tramitación de las solicitudes como la corrección automática de los ejercicios de la fase de oposición, con lo que se agilizó de manera importante, la resolución de los procesos derivados de las convocatorias.

Una vez resueltos en los años 2012-2013 los procesos judiciales con que se vieron afectadas las categorías de Médico de Familia y Enfermero/a, en el año 2013 se publicó la Convocatoria de Médicos de Familia (BOC el núm. 192 de 4.10. 13).

Tras este cambio de modelo, se ha reducido el coste de las convocatorias en un 278,38%.

## *Índice de tablas*

---

Tabla 1.1. Expedientes de adopción de tipo de medicamentos y productos sanitarios .....	5
Tabla 3.1. Número de interconsultas de especialista consultor 2012-2013. ....	10
Tabla 3.2. Actividad Retisalud 2013, por Área de Salud .....	10

## *Abreviaturas, acrónimos y siglas*

---

### **A**

AE: Atención Especializada

AP: Atención Primaria

### **F**

FO: Fondo de ojo

### **H**

HCE: Historia Clínica Electrónica

### **O**

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPE: Oferta Pública de Empleo

### **P**

PGC: Programa de Gestión Convenida

### **R**

RD: Retinopatía Diabética

REC: Receta Electrónica Continua

RECC: Receta Electrónica Continua Canaria

### **S**

SCS: Servicio Canario de la Salud

SEFCAN: Sistema Económico Financiero de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias

SEMFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

### **T**

TARO: Sistema de Información Contable, Financiero y Logístico del Servicio Canario de la salud