

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008 Comunidad Valenciana



1 Descripción del Sistema de Salud de la Comunidad

1.1 Organización del Sistema Sanitario de la Comunidad

En la actualidad, la estructura organizativa de la sanidad pública valenciana, tanto en su vertiente asistencial como en su administrativa, se apoya en la Ley 3/2003, de 6 de Febrero de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Esta norma autonómica ve la luz el año 2003 al amparo de tres normas estatales: la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud y el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana,

En la misma se atribuye a la Conselleria de Sanidad el conocimiento objetivo de las necesidades de salud de la población, la valoración de las necesidades percibidas por los ciudadanos y la satisfacción equilibrada de las mismas aplicando racionalmente los presupuestos disponibles.

Con el fin de coordinar todas a las instituciones y entidades que asumen algún grado de responsabilidad en el campo de la salud se crea la denominada *Agència Valenciana de Salut AVS*. Nace así un organismo autónomo, de carácter administrativo, que queda adscrito a la Conselleria de Sanidad, y que además está dotado de personalidad jurídica propia y de plena capacidad para el cumplimiento de sus fines.

La Agència Valenciana de Salut se pone en marcha con una doble meta: alcanzar la mayor eficiencia en la gestión de sus recursos y aumentar el grado de satisfacción de los usuarios del sistema sanitario público valenciano. A tal efecto, los centros que prestan servicios asistenciales se dotan de un nuevo modelo organizativo que permite una mayor descentralización y una mayor autonomía en la toma de decisiones y en la gestión de sus recursos. Además, mejora las cotas de participación y de corresponsabilidad de los profesionales sanitarios.

Además, la Ley 3/2003 establece que la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria puede hacerse de forma directa o indirecta, con medios propios o ajenos, públicos o privados, mediante entidades admitidas en derecho, así como a través de la constitución de concesiones administrativas, consorcios, fundaciones, empresas públicas u otros entes dotados de personalidad jurídica propia, pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas y fórmulas de gestión integrada o compartida.

Al amparo de estos preceptos legales han ido surgiendo en el tiempo distintos proyectos basados en la gestión indirecta, como puede ser el modelo concesional, cuyo buque insignia” es el hospital “la Ribera” de Alzira y los consorcios, cuyos ejemplos prácticos en la Comunidad Valenciana serían el Hospital General Universitario de Valencia y el Hospital Provincial de Castellón.

Por otro lado, en el artículo 24 la Ley 3/2003 se encomienda a la Agència Valenciana de Salut la elaboración de *planes de gestión* específicos con sus centros sanitarios dependientes. Dichos planes suponen un estímulo y un compromiso con la eficiencia de dichos centros, por cuanto permite clarificar objetivos y promover una competencia regulada continuamente por la autoridad sanitaria competente, entre los diversos agentes.

Estos planes de gestión deben incluir:

- Objeto de cobertura del mismo.
- Actividad a desarrollar y volumen de la misma.
- Parámetros de medición de la calidad de los servicios prestados.
- Modo de evaluación y control.
- Fijación del plazo para su cumplimiento.
- Presupuesto asignado a objetivos e incentivos para su consecución.

En 2004 se dan los primeros pasos, en este sentido, al entrar en vigor un Acuerdo, firmado con los agentes sociales, por el cual se introduce el nuevo complemento retributivo de *productividad variable*. Un complemento destinado a aquellos profesionales que trabajan en las instituciones sanitarias de la Agència Valenciana de Salut.

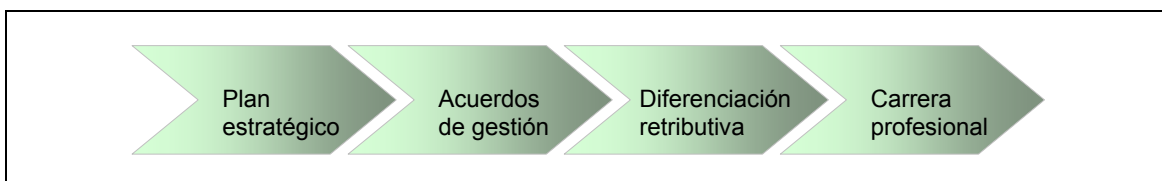
Respecto a este nuevo sistema, que está por tanto basado en la diferenciación retributiva, la Conselleria de Sanitat tenía muy claro que no quería convertirlo en un complemento que no discriminase adecuadamente o que lo hiciera por aspectos poco relevantes como puede ser el absentismo, los días trabajados, etc. El deseo era que el grado de cumplimiento de los objetivos que cada año marca la Conselleria a todos los Departamentos de salud repercutiera en la retribución de todos los profesionales.

Tras un año de aprendizaje, año en el que hubo que realizar varios reajustes, se dio paso en 2005 a un modelo mucho más definido y adaptado a la nueva estructura de “*gerencias únicas*” que estaba promoviendo la Ley 3/2003 a nivel territorial.

Esta descentralización de la Agència en 22 departamentos de salud contribuyó a proporcionar un mayor grado de autonomía a los centros. Sin embargo, ante el riesgo evidente de que no quedasen “alineadas” la estrategia global de la Agencia y la estrategia de cada uno de los departamentos de salud, ese mismo año 2005 se diseñó el denominado *Plan estratégico de la Agència Valenciana de Salut*.

En este Plan, en el que participaron más de 300 profesionales y directivos de la Conselleria de Sanitat, se puso en marcha de manera inmediata y se hizo a través de la implantación de los llamados “*Acuerdos de gestión*”.

Estos acuerdos a su vez se alinearon con el *Sistema de diferenciación retributiva* mencionado anteriormente y con el modelo de *Carrera profesional* implantado en 2006.



Nació así un modelo, que se ha venido aplicando desde entonces, y que ha demostrado su validez y efectividad; convirtiéndose en un marco consolidado respaldado normativamente.

En esencia es un verdadero *sistema de dirección por objetivos, que alcanza a toda la organización*; aprovechando para ello su estructura jerárquica y que tiene asociados mecanismos de evaluación que sirven de base para una diferenciación retributiva efectiva.

De esta forma quedan integrados cuatro de los principales desarrollos estratégicos de la Agència Valenciana de Salut:

- El *Plan Estratégico de la Agència Valenciana de Salut 2005-2008 se integra con los Acuerdos de Gestión* entre la Agencia y los Departamentos de Salud, de forma que éstos pueden considerarse como el mecanismo fundamental para el despliegue de aquel. De hecho, los indicadores de seguimiento de ambos son los mismos y se evalúan simultáneamente.

- Los *Acuerdos de Gestión se integran con el Sistema de diferenciación retributiva*, ya que su evaluación determina el montante disponible para el pago de la productividad variable en cada departamento de salud.
- Por último, la *Productividad Variable se integra con la Carrera Profesional*, dado que el resultado individual en la evaluación anual para la Productividad Variable se toma como resultado de la evaluación de la performance del profesional y determina en gran medida la progresión en la *carrera profesional*.

Respecto a los *Acuerdos de gestión* hay que destacar que se fueron firmando, no solo con los responsables de cada uno de los departamentos de salud, independientemente de su modelo de gestión, sino también con el resto de estructuras de ámbito no departamental como pueden ser los hospitales de crónicos y de larga estancia, los servicios de emergencias sanitarias y los centros de transfusiones).

En estos Acuerdos se establecían los objetivos que debe cumplir cada departamento de salud, desde una perspectiva global o lo que es lo mismo ¿qué es lo que se espera de cada departamento para que la Agència Valenciana de Salut alcance sus objetivos estratégicos globales).

No se diferencian, por tanto, a profesiones, a categorías, a centros o a niveles asistenciales. El planteamiento es totalmente integral, como lo es por definición la asistencia sanitaria.

A partir de aquí, cada equipo directivo tiene autonomía para definir las unidades funcionales en las que va a estructurar su departamento; los objetivos que va a pactar con cada una de ellas, la forma de evaluación y el seguimiento de los mismos.

El mismo mecanismo opera a nivel de responsable de unidad funcional, es decir, jefes de servicio, coordinadores, etc. respecto a los profesionales asignados a su unidad. Se pactan también, por tanto, los objetivos a nivel individual.

De esta manera se aprovecha la estructura jerárquica de la Agència Valenciana de Salut, otorgando a cada nivel la responsabilidad que le corresponde. Este es precisamente uno de los factores clave del modelo: la implicación de los mandos intermedios.

Todo el proceso descrito se hace con el compromiso, ineludible, de cumplir con un estricto cronograma tanto en lo que se refiere a la firma y seguimiento de los Acuerdos de Gestión (se firman en enero) como en el proceso asociado de pago de la productividad variable.

Como consecuencia de todo este sistema, se marcan verdaderas diferencias en la evolución de los profesionales. En este punto, hay que destacar que el sistema de diferenciación retributiva aquí descrito alcanza a todas las categorías, no haciendo distinción alguna entre la atención primaria y la especializada.

Uno de los resultados más destacables del impacto de esta medida es que podemos monitorizar todo el proceso a través de un cuadro de mandos integral. Cuadro que nos permite comprobar, año tras año, que el resultado conjunto de la Agència Valenciana de Salut va evolucionando en la dirección prevista para cada uno de los indicadores.

Pero además se pone de relieve un efecto aún más potente y que tiene que ver con la equidad: la reducción de la variabilidad y de las diferencias entre departamentos. Es decir, estamos evitando que haya grandes diferencias en la calidad de la asistencia que reciben nuestros ciudadanos, independientemente del departamento en el que se encuentren.

En resumen, estamos consiguiendo cambiar la cultura de nuestra organización y favorecer el alineamiento de los distintos niveles de responsabilidad, en una organización grande, muy compleja, con un alto nivel de capacitación profesional y con escasa tradición de actuación coordinada, planificada y alineada, ofreciendo así a los ciudadanos un sistema cada vez más equitativo.

Hoy los Acuerdos de Gestión han demostrado sobradamente su eficacia, y no sólo como marco de relación entre la Agencia y sus departamentos; sino también como mecanismo para la transmisión de objetivos y directrices a los departamentos.

Estos Acuerdos de Gestión reproducen el esquema de relaciones representado en el mapa del Plan Estratégico de la Agència Valenciana de Salut, por lo que existe un perfecto alineamiento entre ellos y son prácticamente sinónimos. Todos los objetivos del Plan Estratégico quedan recogidos en el Acuerdo de Gestión y los indicadores de actividad y calidad son comunes.

A nivel técnico se estructuran en más de 80 indicadores. Un número que consideramos muy elevado pero de difícil reducción en una organización tan amplia y diversa como la sanitaria.

El proceso completo se compone de cinco etapas:

1. Determinación de los objetivos.
2. Fijación de metas para cada objetivo y departamento.
3. Evaluación del resultado al final del año.
4. Abono de la productividad variable.
5. Consolidación del resultado en la carrera profesional.

Los apartados 2 y 3 son especialmente elaborados para garantizar la equidad en una organización compleja y extensa, incorporando un proceso de alto rigor metodológico y gran fiabilidad. Se evita así lo que suele ser un efecto perverso en estos sistemas que, con frecuencia, recompensan mejor al que peor está (le es más fácil mejorar) que al que está bien posicionado (cuando se está en valores óptimos es muy difícil mejorar). Esto hace que el modelo sea algo más complejo, sacrificando la sencillez en aras a la equidad y fiabilidad.

En nuestro modelo, al determinar la meta para cada departamento, se busca que el nivel de exigencia sea menor para el que está mejor y mayor para el que está peor, pero sin que en ningún caso sea tan exigente que llegue a desmotivar por inalcanzable.

Por otro lado, la amplia experiencia acumulada a lo largo de estos años en la valoración del cumplimiento de objetivos, nos ha llevado a ir mejorando el mecanismo de evaluación. Nuestra actual función de valoración del cumplimiento de objetivos se ha convertido en un algoritmo no exento de complejidad pero que ajusta muy bien toda la casuística detectada. Básicamente combina tres conceptos: la mejora respecto a la posición anterior, la buena situación relativa respecto al resto y el grado de acercamiento a la meta propuesta.

La consecuencia es un mensaje claro: un buen resultado siempre favorece, ya que con él se consigue que la meta sea menos exigente y la evaluación más favorable.

El resultado final refleja la concatenación de la evaluación de jerarquía anidada de unidades en las que éste se inscribe. Así, lo primero que se tiene en cuenta es el resultado de cada departamento, ya que éste condiciona la cantidad de que dispone para distribuir entre sus profesionales. Un departamento que tenga 90 puntos distribuirá el doble de dinero entre sus trabajadores que un departamento que tenga 45 puntos. El esquema se reproduce entre las unidades funcionales del departamento y, por último entre los trabajadores.

Si la puntuación final, así obtenida, no llega a 30 puntos, se considera que no se han cumplido los objetivos y por lo tanto no se genera derecho a la percepción del correspondiente complemento. Si supera los 30 puntos, el importe recibido en concepto de productividad variable es proporcional a la puntuación obtenida. Entre el 2% y el 2.5% del personal de la AVS con derecho a cobro, no percibe el complemento de Productividad Variable por no haber cumplido objetivos.

El análisis de los resultados y la gran variabilidad entre ellos demuestra que este mecanismo evita el igualitarismo ya que se marcan diferencias no solo entre departamentos sino también entre profesionales de un mismo departamento.

Por último, dado que los objetivos con los que se evalúa a los profesionales son esencialmente objetivos relacionados con el desempeño, se asume que la puntuación obtenida es una medida válida de la performance y se tiene en cuenta para la progresión en la carrera profesional.

Como consecuencia de todo este desarrollo estamos consiguiendo cambiar la cultura de nuestra organización y favorecer el alineamiento de los distintos niveles de responsabilidad, en una organización grande, muy compleja, con un alto nivel de capacitación profesional y con escasa tradición en la fijación y seguimiento de objetivos, mejorando además la equidad en la provisión de la asistencia sanitaria, algo imprescindible en un modelo de gestión descentralizado.

Por otra parte, cabe destacar que, en el último año evaluado, 2008, de los 22 hospitales públicos, el departamento de La Ribera ha quedado en la cuarta posición, mientras que el de Torrevieja se ha posicionado en séptimo lugar. Este dato demuestra el buen funcionamiento y la gestión eficiente de los recursos en las concesiones administrativas.

Los hospitales que han quedado en las 10 primeras posiciones este año son, Elche, que repite por segundo año consecutivo, General de Castellón y La Plana, La Ribera (en cuarto lugar), la Vila Joiosa (quinto lugar), San Juan (sexto), Torrevieja (séptimo), Requena (octavo), Doctor Peset (noveno) y La Fe (décimo).

Además, los Hospitales de Asistencia A Crónicos y Larga Estancia (HACLE) y los Servicios de Emergencias Sanitarias (SES) se han incorporado ya plenamente al proceso de fijación de objetivos y evaluación. De entre los 4 HACLES de la red pública valenciana, La Magdalena ha quedado en primera posición, seguida del Padre Jofré, Sant Vicent del Raspeig y Dr. Moliner.

Todavía existen dificultades y aspectos que deben mejorarse y que pasan, fundamentalmente, por la mayor implicación de los mandos intermedios, que es uno de los factores clave del éxito.

Como complemento a este sistema de diferenciación retributiva general, que alcanza a toda la organización, pero que por ese mismo motivo diluye quizá en exceso los más de 20 millones de euros que cada año dedicamos a esta partida, estamos considerando la posibilidad de habilitar partidas específicas destinadas a determinados colectivos y vinculadas directamente a la obtención de resultados económicos.

El ejemplo más claro, aunque no necesariamente el único, es lo que denominamos autogestión en atención primaria y que pretende que, aquellos centros y facultativos que demuestren mantener unos estándares de calidad en la atención sanitaria y que como consecuencia de ello sean capaces de generar ahorros para el sistema, pueden recibir una fracción del ahorro generado. La filosofía subyacente es que “hacer las cosas bien es más barato”. Es decir, una buena gestión clínica del paciente ahorra derivaciones, pruebas y consumo farmacéutico innecesario y el facultativo capaz de generar a la vez ese beneficio para el paciente y para la organización, merece una parte del ahorro generado.

No se trata, por tanto, de premiar al que menos gaste, por ejemplo, en farmacia, sino de recompensar al que, manteniendo un buen nivel de resultado clínico, además ahorre, precisamente como consecuencia de hacerlo bien.

Hablamos de un nuevo modelo. Un modelo basado en:

- La fijación de *objetivos de gestión clínica*, que debe traducirse en una *mejora de los resultados* y una *utilización adecuada de los recursos*.
- Con la *participación* de los profesionales implicados *en una fracción del ahorro* derivado de la mejora de los resultados y la utilización adecuada de los recursos.

- Y con un sistema de *ajuste de riesgos* derivado de los sistemas de agrupación de pacientes que está explorando la Conselleria de Sanitat (CRG) capaz de garantizar la equidad y fiabilidad del sistema.

Su funcionamiento sería básicamente el siguiente: sobre la población asignada a cada equipo de Atención Primaria, se determinaría el gasto total que generarían estos pacientes.

Para ello se tendría en cuenta el:

- Gasto en farmacia ambulatoria.
- Gasto derivado en consumo de recursos en Atención primaria.
- Gasto derivado en consumo de recursos en Atención especializada.
- Gasto derivado en consumo de recursos en hospitalización, incluyendo farmacia.
- Gasto por incapacidad temporal.
- Gastos de gestión del centro (IT, sustituciones,...)

En este cálculo obviamente habría que incluir también los correspondientes ajustes de riesgo.

Se establecen objetivos de resultados en gestión clínica de los pacientes, especialmente en patologías de mayor impacto: diabetes, problemas cardiovasculares, de tipo respiratorio, de salud mental, etc.

Al final del año se evalúan el grado de consecución de los objetivos de gestión clínica y el gasto total, con las mismas consideraciones que las realizadas en el apartado 1.

Se determina si se han conseguido los objetivos clínicos y además ha habido ahorro y, en tal caso, se establece el porcentaje de dicho ahorro que debe revertir en el equipo o el profesional participante.

De acuerdo con las simulaciones realizadas, este modelo puede generar grandes ahorros al sistema sanitarios; generando además beneficios importantes tanto para los profesionales, como para los pacientes.

1.2 Políticas y planes sanitarios

Son varios los planes que tiene operativos, en la actualidad, la Conselleria de Sanitat. De todos ellos cabría destacar por su importancia: el Plan estratégico de la AVS 2005-2009, el II Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009, el Plan de infraestructuras sanitarias “Construyendo salud”, el Plan de garantía de no demora, el Plan de Excelencia de la asistencia sanitaria 2006-2010, el Plan Estratégico de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Conselleria de Sanidad, el Plan integral de atención a las personas mayores y enfermos crónicos de la comunidad valenciana PIAPMEC 2007-2011, el Plan Estratégico para el Control y la Calidad de Farmacia, Medicamentos y productos sanitarios en la Comunidad Valenciana para el periodo 2007-2009, el Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 2006-2010 y el Plan de prevención de las enfermedades cardiovasculares 2006-2009.

1.3 Fórmulas de gestión de servicios sanitarios

En la actualidad, en la Comunidad Valenciana conviven de manera natural tanto la gestión directa como la gestión indirecta de centros sanitarios. Las dos fórmulas de gestión empleadas al efecto son la concesión administrativa y el consorcio hospitalario.

Por otra parte y ya en el ámbito sanitario, el artículo 23 de la *Ley 3/2003* de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, establece que:

“la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo

directamente o indirectamente, con medios propios o ajenos, públicos o privados, mediante cualesquiera entidades admitidas en derecho, así como a través de la constitución de concesiones administrativas, consorcios, fundaciones, empresas públicas u otros entes dotados de personalidad jurídica propia, pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas y fórmulas de gestión integrada o compartida”

Por tanto, también la Generalitat ampara en el territorio valenciano la implantación de las nuevas formas de gestión de los servicios públicos.

Este marco legislativo ha permitido que en la red asistencial valenciana se hayan podido implantar dos de las modalidades recogidas en la normativa anteriormente analizada. Por un lado, los consorcios hospitalarios, modalidad de gestión actualmente aplicada a los Hospitales Provincial de Castellón (Consortio Conselleria de Sanitat-Diputación de Castellón) y General Universitario de Valencia (Consortio Conselleria de Sanitat-Diputación de Valencia) y por otra parte la concesión administrativa. La primera es ampliamente analizada en otros temas de esta oposición. Por lo que respecta a la concesión administrativa cabe destacar los siguientes aspectos.

Las **concesiones sanitarias** se ponen en marcha en España y en concreto en la Comunidad Valenciana en el año 1999, al iniciar su actividad el Hospital “la Ribera” de Alzira.

La concesión administrativa supone, como en otras modalidades de gestión que la Administración mantiene la titularidad del servicio, pero encomienda la organización y explotación del servicio al sector privado.

El objeto del contrato de concesión administrativa comprende la prestación de los servicios de asistencia sanitaria especializada, tanto hospitalaria como ambulatoria y de Atención Primaria, de acuerdo con el catálogo básico de servicios incluidos en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, desarrollados por el Plan de Salud y cartera de servicios de Atención Primaria de la Conselleria de Sanidad, modificado por Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos y demás disposiciones aplicables, para la población protegida de los municipios indicados, según el sistema establecido en este pliego y en el Pliego de Prescripciones Técnicas y Anteproyecto de Explotación.

Se incluyen además los servicios prestados por las Unidades de Conductas Adictivas UCA reguladas en la Orden de 7 de julio de 1997, así como los servicios de los Centros de Planificación Familiar y sexualidad regulados en el Decreto 149/86 de 24 de noviembre, del Consell de la Generalitat Valenciana (hoy denominadas “Unidades de salud reproductiva y sexualidad”) por el que se regula la prestación de servicios en materia de planificación familiar y sexualidad en la

También se considerarán incluidas en el objeto del contrato las prestaciones sanitarias consecuencia de ampliaciones en la cartera de servicios de Atención Primaria y/o Asistencia Especializada que pueda realizar la Conselleria de Sanidad durante el tiempo de duración de la concesión para todos los centros públicos, y serán ajenas al objeto contractual aquellas prestaciones sanitarias que estando incluidas en el mismo a la formalización del contrato dejen de estar integradas en la cartera de servicios de la Conselleria de Sanidad, todo ello sin perjuicio de las modificaciones contractuales necesarias para su formalización.

Asimismo el concesionario se obliga a la construcción de los nuevos centros de su departamento y a la modernización de los ya existentes.

Por otra parte, el concesionario no asume las prestaciones ambulatorias de Farmacia y Oxigenoterapia, ni será de su cuenta el coste de las Prótesis y del Transporte Sanitario, todo ello sin perjuicio de los acuerdos que pudiera establecer con la Administración.

Todas las prestaciones objeto del contrato deben de ser asumidas por el concesionario respecto de su coste económico, debiendo realizar con medios propios aquellas que figuren en su propia oferta (Plan de Gestión y Calidad). El resto de prestaciones incluidas en la cartera de servicios serán asumidas por el concesionario y prestadas con los medios propios de la Conselleria de Sanidad, o bien medios ajenos si fuera autorizado para ello.

El precio se establece sobre bases capitativas, es decir fijando la prima por personas cubiertas y año. Dicha cantidad cubrirá los servicios delimitados dentro del objeto del contrato.

El precio incluye los costes de prestación de la asistencia sanitaria, así como los costes de elaboración de proyecto, construcción del nuevo hospital de Denia, adecuación del actual a uso socio-sanitario y reforma del Centro de Especialidades, así como las inversiones, en asistencia especializada y atención primaria, a las que se compromete el concesionario, y el mantenimiento en perfecto estado de todos los edificios e instalaciones, con excepción del hospital de uso socio-sanitario. El precio también incluye el coste del personal dependiente de la Conselleria que presta sus servicios en centros a gestionar por el concesionario.

El plazo de vigencia de las concesiones es de 15 años, prorrogable por 5 años más por acuerdo entre las partes, de conformidad con lo establecido en el pliego técnico y anteproyecto de explotación.

Respecto al control de las mismas las relaciones entre el adjudicatario y la Conselleria de Sanitat mientras dura la vigencia del contrato se canaliza a través de una Comisión Mixta de Seguimiento. Comisión formada por representantes de ambas partes, con reuniones periódicas semanales. Es el máximo órgano decisorio. Su función consiste en vigilar el cumplimiento de las cláusulas de la concesión y evaluar el cumplimiento de los objetivos establecidos. Asimismo, tiene competencias en relación con el control de calidad y determinados aspectos de los recursos humanos.

Otra de las figuras clave a la hora de controlar la concesión es la del Comisionado de Sanidad cuya función es de inspección y control; tiene facultad sancionadora y normativa.

También existen otros mecanismos de control adicionales como son las auditorias realizadas por la propia Administración y por empresas auditoras externas.

Tabla 1. Concesiones sanitarias actuales

| Concesión | Departamento de salud | Población cubierta (cifra aproximada) | Entrada en funcionamiento |
|------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| Ribera Salud de Alzira | La Ribera | 270.000 | Diciembre 1999 |
| Torrevieja Salud | Torrevieja | 195.000 | Octubre 2006 |
| Manises | Manises | 135.000 | Septiembre 2008 |
| Marina Salud | Denia | 182.000 | Diciembre 2007-Enero 2008 |
| Elx-Crevillente | Elx | 130.000 | Previsto en 2010 |

Respecto a la fórmula jurídica consorcial, cabría destacar por su importancia, la experiencia puesta en marcha en 2002 en el Hospital General Universitario de Valencia.

Dicha actividad en concreto el 1 de enero de 2002. No obstante es el año anterior cuando a través de un Convenio de colaboración que aprueba el Consell de la Generalitat y el Pleno de la Diputación de Valencia, se crea dicho Consorcio

Nace así un ente de derecho público con personalidad jurídica propia, que tiene como finalidad fundamental la gestión, bajo criterios de autonomía efectiva, del Hospital, sin perjuicio de su integración en la red pública sanitaria de la Comunidad Valencia, con lo que ello lleva aparejado en cuanto al sometimiento a las directrices de la autoridad sanitaria.

En febrero de 2007, a través de la Resolución de 13 de febrero de 2007, se publica el Convenio de colaboración entre la Agencia Valenciana de Salud y el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia por el que se encomienda al Hospital general la gestión de

todos los centros sanitarios dependientes de la Agencia Valenciana de la Salud y adscritos al Departamento de Salud.

Entre sus objetivos destacan:

- La promoción de estudios y análisis de carácter sociológico, económico, cultural, jurídico, laboral y de cualquier otra materia que afecte al Hospital General, en especial a su historiografía y a su incidencia en la asistencia sanitaria a través de sus siglos de existencia..
- La recuperación de todos los estudios y fuentes históricas de los archivos y fondos documentales y bibliográficos que afecten a la historia de este centro.
- También tiene como objetivo la realización de conferencias, congresos, cursos, seminarios, y exposiciones.
- La edición y difusión de materiales y publicaciones vinculadas a sus fines.
- Y por último, la financiación de estudios enmarcados en las materias relacionadas con sus objetivos.

Otro de consorcios creados en la Comunidad Valenciana es el del Hospital provincial de Castellón, centro que dependía orgánica y funcionalmente de la Diputación Provincial de Castellón.

2 Aspectos más destacados, tendencias y perspectivas de futuro

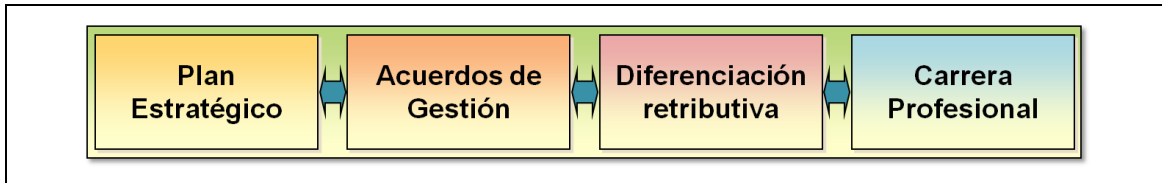
La Generalitat Valenciana siempre se ha caracterizado por su capacidad de innovación en el ámbito de la gestión de los servicios de salud. La búsqueda de la satisfacción de las necesidades de la población, el mejor aprovechamiento posible de los recursos disponibles y la constante introducción de medidas de modernización en la gestión pública, han sido tres constantes que han dado señas de identidad propias al trabajo realizado desde la Conselleria de Sanitat.

Algunos ejemplos muy conocidos pueden ilustrar nuestro liderazgo en abordajes innovadores de gran impacto como son la creación del modelo de concesiones administrativas o la implantación del sistema de gerencia única mediante financiación capitativa.

Pero esta innovación no es fruto de la improvisación o mera agregación de iniciativas aisladas, sino que constituye la consecuencia de un proceso de reflexión en la elaboración estratégica de la Agència Valenciana de Salut. La evaluación del Plan Estratégico 2006-2008 nos ha demostrado la utilidad de nuestro sistema de dirección por objetivos precisamente para conseguir implantar la innovación en la práctica cotidiana.

El reciente Plan Estratégico 2009-2011 vuelve a plantear a la organización un conjunto de retos. La revisión realizada para la elaboración del nuevo Plan Estratégico ha permitido identificar un conjunto de áreas en que la innovación será clave para que la Agencia afronte el futuro con éxito.

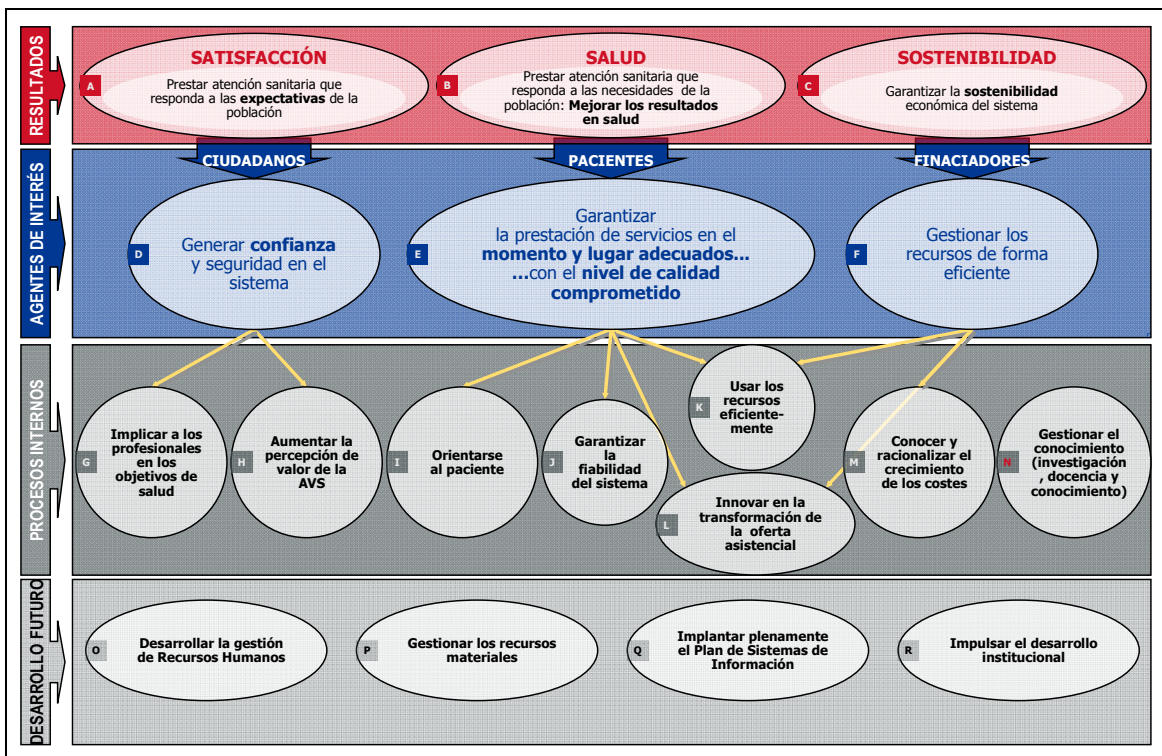
El Plan Estratégico es la palanca de despegue de un conjunto de instrumentos orientados a construir un sólido sistema de dirección por objetivos.



La directa imbricación entre la definición de objetivos estratégicos, los acuerdos de gestión con los departamentos de salud y centros y los instrumentos de diferenciación retributiva de los profesionales, convierten al Plan Estratégico en la herramienta clave de alineamiento de la organización.

2.1 Los “drivers” de la innovación en el Plan Estratégico

El nuevo Mapa Estratégico de la Agència Valenciana de Salut es un mapa complejo de objetivos en las cuatro perspectivas tradicionales de la metodología del Balanced Scorecard.



Si en él tuviésemos que destacar los elementos más innovadores, seleccionaríamos cuatro elementos:

- Mejorar los resultados en salud
 - El “empowerment” del cliente: La personalización de la atención
 - Innovar en la transformación de la oferta asistencial: La gestión del paciente crónico
 - Sistemas de soporte a la toma de decisiones basada en el conocimiento
- Estos elementos estratégicos se describen a continuación.

Mejorar los resultados en salud

El fin último del sistema de salud es mejorar la salud de la población. Y los servicios de asistencia sanitaria pública tienen un papel clave, tanto en mejorar el pronóstico de los enfermos cómo en prevenir problemas de salud en la población consultante o colaborar en la promoción de la salud en la población general.

Una de las tendencias actuales es la incentivación de los servicios y profesionales en función del desempeño y los resultados clínicos obtenidos.

Los nuevos sistemas de información nos empiezan a permitir medir los resultados clínicos obtenidos por los profesionales y los centros.

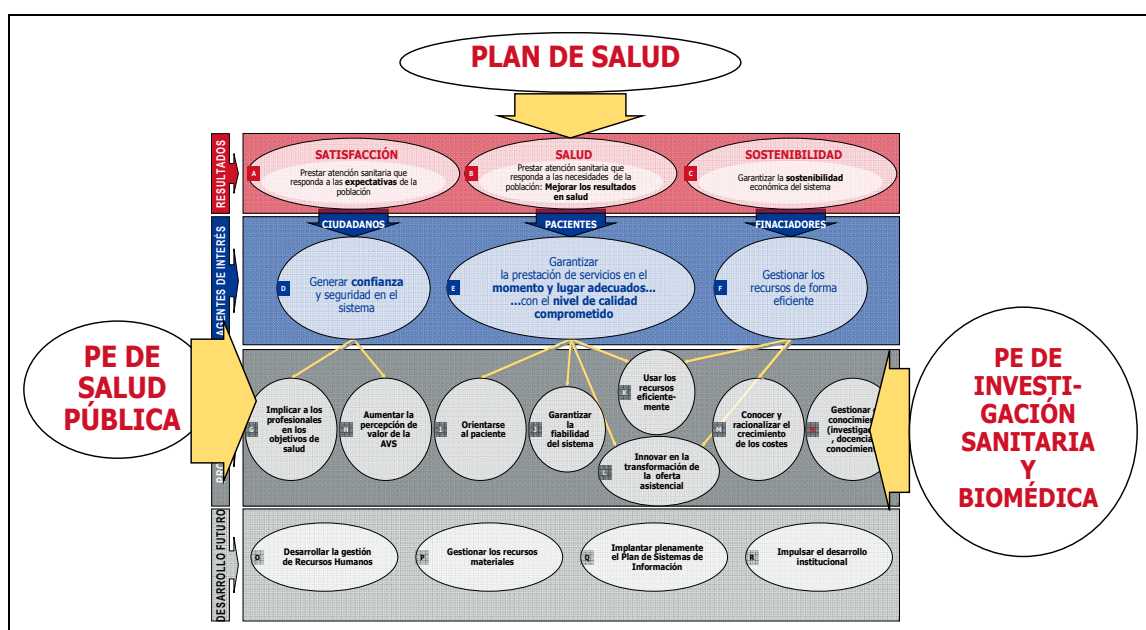
El nuevo Plan Estratégico de la Agencia diferencia en la perspectiva de resultados dos resultados asistenciales: la satisfacción por una parte (Objetivo 1), medida con las tradicionales encuestas de satisfacción, y la mejora de los resultados de salud (Objetivo 2).



En este objetivo se están introduciendo un conjunto de medidas de la “performance” y organizativa para medir los resultados de los procesos asistenciales de cada gran problema de salud en todos los niveles asistenciales y en el conjunto de los mismos.

La introducción de este objetivo permite dos importantes impactos:

1. Por un lado, constituye el punto de conexión del Plan de Salud de la Conselleria de Sanidad con el Plan Estratégico: los problemas de salud prioritarios, son incluidos en este objetivo, introduciendo la medida de los resultados conseguidos por los servicios sanitarios.



2. En segundo lugar, introduce los sistemas de “pay for performance” en el marco de un plan estratégico. La introducción de estos sistemas dentro del marco mucho más amplio de un plan estratégico evitará la aparición de iniciativas inconexas de “pay

for performance” que puedan tensionar negativamente sobre otros objetivos estratégicos.

La andadura de este modelo de “pay for performance” empieza ahora. Estamos convencidos de que es un buen esquema sobre el que empezar a basar los proyectos de “pay for performance” en nuestro sistema.

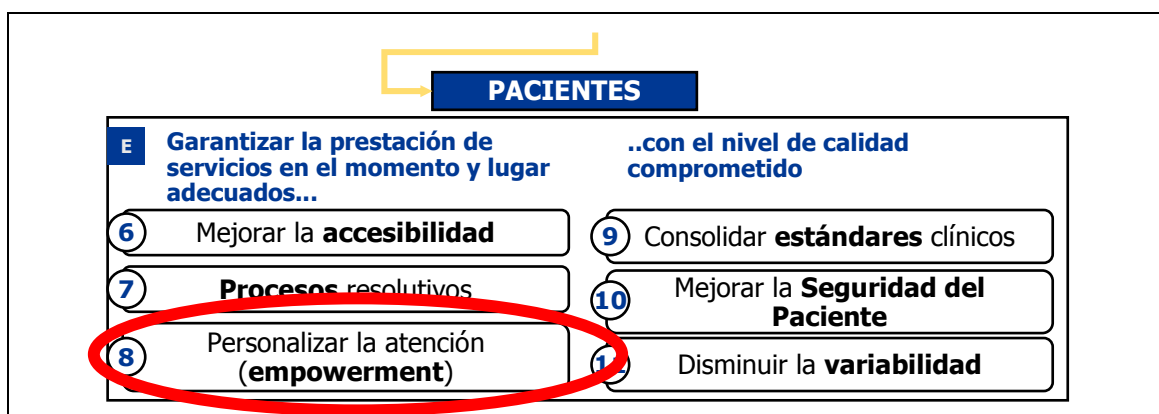
El empowerment del cliente: La personalización de la atención

Ningún diagnóstico de situación en la sanidad actual deja de destacar los cambios del cliente de los servicios sanitarios públicos: un cliente cada vez más culto, mejor informado, más exigente y con mayor capacidad de elección y participación en su proceso diagnóstico y terapéutico.

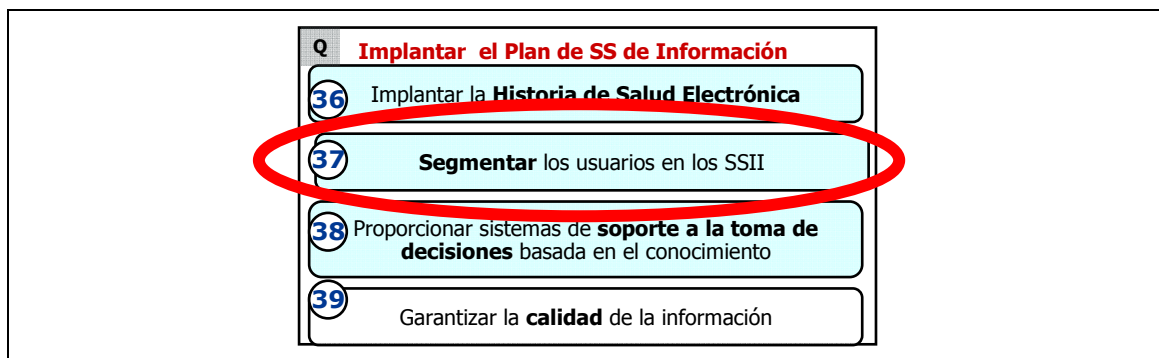
Las frecuentes rigideces organizativas y culturales de nuestro sistema tradicional no ayudan precisamente a la organización a adaptarse a este nuevo tipo de cliente.

Desgraciadamente tenemos una excesiva tendencia a ofertar servicios estandarizados indiscriminadamente para todos los pacientes.

Poner al cliente y su capacidad de elección delante del sistema ayudará a construir el cambio cultural que necesitamos. Este elemento se ha introducido en el Plan Estratégico mediante la medida de un “Indicador de elección” derivado de las encuestas que se realizan a una muestra representativa de pacientes.



Desde la perspectiva de Desarrollo futuro, otra iniciativa contribuirá seguramente a personalizar la oferta: la segmentación de los usuarios en base a los sistemas de información. La Agència Valenciana de Salut ha apostado por el uso sistematizado de clasificaciones de los pacientes que permitan por un lado ajustar las medidas de performance a la casuística, pero también diferenciar grupos de necesidades clínicas específicas que tengan enfoques diferenciados en el sistema sanitario. El trabajo realizado con la clasificación en CRG parece bastante prometedor en este sentido.



Innovar en los sistemas organizativos: La gestión de los pacientes crónicos y la “e-salud”.

Frente a la limitación de los recursos, la imaginación al poder. La Agència Valenciana de Salut ha sido uno de los sistemas regionales más innovadores en desarrollar sistemas organizativos más eficientes, como:

- En el plano de las alternativas a la gestión directa, el modelo de concesiones administrativas con financiación capitativa, que ya cuenta con diez años de historia y que ha permitido constatar unos excelentes resultados con grandes mejoras de eficiencia.
- En el desarrollo de la cartera de servicios, la Agencia está entre los referentes en España en resultados en el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria y la Hospitalización a Domicilio.

Sin abandonar el seguir creciendo en estos y otras formas, que ya se han convertido en “clásicas”, de proporcionar el servicio de la forma más eficiente, entramos en el desarrollo de nuevas iniciativas que consideramos han de suponer un impacto en el futuro tanto o más importante que las citadas anteriormente:

- En primer lugar, la gestión de los pacientes crónicos. Las organizaciones integradas han demostrado en otros países que nuevas formas de gestionar a los pacientes crónicos son mucho más beneficiosas para el paciente y más eficientes para el sistema. Nuestras primeras experiencias de demostración de gestión de pacientes de alta complejidad y frecuentes reingresos nos confirman la reducción de hasta dos terceras partes de los días de hospitalización con la introducción de nuevas figura como las enfermeras gestoras de casos. Consolidar y ampliar estas iniciativas adaptará un sistema pensado para la atención del paciente agudo en un sistema al servicio también del paciente crónico y sus necesidades.



- La e-salud. La generalización e innovación en las telecomunicaciones abre grandes perspectivas de innovación en nuestra organización: Además de la hospitalización, las urgencias, la consulta ambulatoria o el domicilio, tenemos un nuevo ámbito para atender al paciente: la red. Nuestras primeras experiencias nos han permitido ya resolver problemas graves de escasez de profesionales en hospitales alejados mediante la teleradiología, o de desplazamiento de pacientes en zonas rurales mediante el telediagnóstico. También han constituido una pieza clave de la monitorización de pacientes crónicos a domicilio. Seguramente estas primeras aplicaciones constituyen sólo la punta del iceberg del potencial de innovación existente en este campo. Estamos pues, entrando a explorar todo el potencial de mejora organizativa que nos puede ofrecer.

Sistemas de soporte a la toma de decisiones

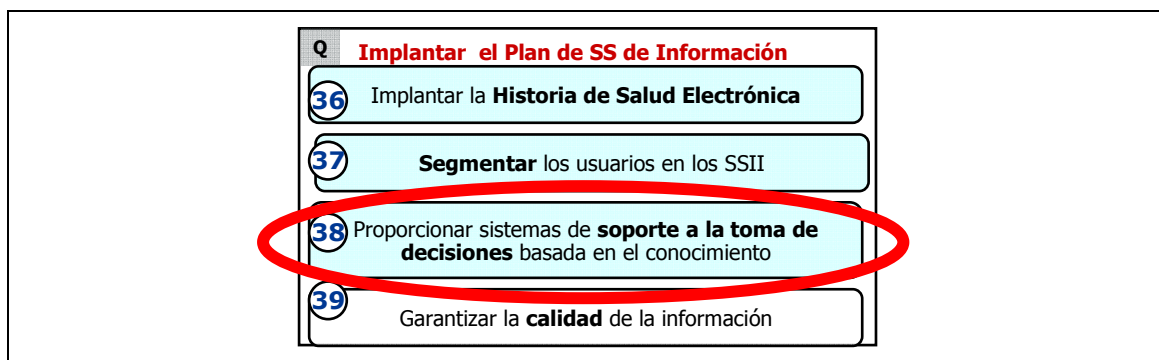
El otro elemento derivado de la innovación tecnológica es el potencial de los sistemas de soporte a la toma de decisiones.

Dentro de la perspectiva de desarrollo futuro, la estrategia de la Agència Valenciana de Salut busca que se produzca un salto cualitativo en la incorporación de sistemas de soporte a la toma de decisiones de nueva generación.

La capacidad que tiene actualmente la tecnología de incorporar del conocimiento para soportar la toma de decisiones debe ser maximizada en todos los campos, desde la práctica profesional hasta los sistemas de indicadores de gestión.

Numerosos desarrollos se están produciendo en este sentido en la Agencia, desde los sistemas de ayuda a la prescripción farmacéutica o los sistemas de información geográficos hasta la gestión de conjuntos de datos uniformes por proceso asistencial.

Sin embargo, en este tema debemos ir más allá y buscar los procesos que permitan la incorporación más rápida de la innovación tecnológica y del conocimiento a la práctica profesional y de gestión.



Seguramente este objetivo precisa de nuevas fórmulas organizativas que vehiculicen las necesarias alianzas estratégicas con el sector de la innovación en tecnologías de la información.

3 Experiencias Innovadoras

3.1 Implantación de técnicas de tele-medicina en el departamento de salud valencia Arnau de Vilanova-lliria

Enmarcada en el desarrollo del Plan Estratégico en nuestro Departamento y justificada principalmente por la gran dispersión del mismo 120 km. de diámetro, con 16 Centros de Salud y 38 Consultorios rurales dispersos y con dificultosa comunicación con el Hospital, se decide desde la Gerencia del Departamento, potenciar las técnicas de tele-medicina para tratar a nuestros pacientes.

Otra justificación importante sería el aumento progresivo de consultas a Dermatología y la necesidad de reducir las listas de espera sobre todo en patología tumoral que requiere una rápida actuación.

En este ámbito estamos desarrollando varias experiencias y una de ellas es; la tele-medicina aplicada a la dermatología, usando para ello las técnicas de tele-dermatología asíncronas o Store and Forward.

El 16 de abril de 2008 iniciamos el proyecto de forma piloto en una sola Zona Básica del Departamento (57.000 habitantes – 1 Centro de Salud y 4 Consultorios Auxiliares), en principio con una consulta de carácter semanal de aproximadamente 3 horas de duración y con una agenda de 12 pacientes por día.

El objetivo era, pilotar la experiencia en una Zona de gran población, para valorar ya de entrada las posibles ventajas y desventajas que el proyecto presentaba.

Tras varios meses de implantación, en Agosto de ese mismo año, cuando ya se habían atendido 183 pacientes en esta consulta, se realizó un análisis de costes (directos, indirectos, tangibles e intangibles) y se decidió dar el visto bueno al proyecto y ampliarlo a todas las Zonas Básicas del Departamento.

En estos momentos de las 16 Zonas Básicas, 6 Zonas ya ofrecen en su Cartera de Servicios Teledermatología, 2 inician el servicio el 1 de diciembre de 2009 y el resto está pendiente de implantarlo en breve.

Otros proyectos pendientes y en proceso son la aplicación de la teledermatología con una Unidad de Apoyo de Enfermería para el tratamiento y seguimiento del paciente con heridas o úlceras crónicas.

Como medidas paralelas y de empuje del proyecto, se ha estado trabajando entre los profesionales de Atención Primaria y los profesionales de Especializada en consensuar protocolos de dermatología, consensuar protocolos de curas de úlceras y heridas y en impartición de formación a los profesionales de Primaria por parte de los Dermatólogos y por un experto en fotografía digital a todos los implicados.

Tal y como confirma la propia bibliografía a nivel mundial estamos observando muy buenos resultados en las lesiones tumorales, pues la precisión del diagnóstico es alta con la imagen digital (un 13% se diagnosticó como patología maligna).

Los resultados tras 17 meses de implantación, muestran que, de 1002 pacientes remitidos, 429 no precisaron consulta presencial con el dermatólogo, 336 se derivaron al centro de especialidades, 221 a lista de espera quirúrgica directamente y 16 a otras especialidades. Es decir, "a dos terceras partes de los pacientes del programa de tele-dermatología se les evitó una visita al centro de especialidades".

3.2 Innovación en la atención de las condiciones crónicas departamento de salud La Fe de Valencia

El manejo de las condiciones crónicas es uno de los grandes retos a los que se enfrentan los sistemas de salud en todo el mundo. Según el informe reciente de la OMS, en el año 2000 las condiciones crónicas representaron el 59% de la mortalidad total en el mundo y el 46% de la carga global de morbilidad. Esta carga aumentará al 78% en el año 2020; las enfermedades que aportarán más serán las cardiopatías, los accidentes cerebro-vasculares, la demencia y el cáncer. Esto las convierte en el reto del siglo XXI y demanda la necesidad de innovar su atención para evitar la no sostenibilidad económica de los sistemas de salud por parte de los gobiernos vigentes.

Afortunadamente, existe evidencia científica de que un modelo de atención basado en la "gestión de la enfermedad" –disease management- ó "gestión de casos de las condiciones crónicas" mejora los resultados, tanto para el paciente como para el sistema, al mejorar el control de la enfermedad y la calidad de vida, reduciéndose los costes de mantenimiento. Su objetivo es lograr y mantener un estado de salud óptimo de la población asignada a través de un continuum de servicios integrados, monitorizados y con evaluación clínica para mejorar los servicios a un coste eficiente.

Las condiciones crónicas, requieren de un contacto prolongado y regular con el sistema de salud que garantice una atención proactiva, apropiada y segura, potenciándose la continuidad asistencial a través de una coordinación estructurada de la atención sanitaria existente, los recursos sociales y de la comunidad, impulsar la educación sanitaria del paciente y cuidador e incorporar nuevas tecnologías para asegurar que la información se compara entre centros, proveedores y en el tiempo.

En este nuevo enfoque de la Gestión de la Enfermedad Crónica se enfatiza el papel de los propios enfermos en la gestión de su enfermedad intentando conseguir que dichos enfermos se mantengan independientes y tan “estables” como sea posible a través del apoyo profesional, la prevención, la detección temprana y la propia correcta gestión de la enfermedad.

Nuestro modelo de atención actual mantiene un contacto puntual con los pacientes crónicos, en el momento en que su estado empeora. Momento en el que los pacientes se dirigen hacia el hospital o centro de salud más cercano para atendidos hasta que se establezca nuevamente su situación, para de nuevo de desaparecer del sistema hasta una nueva descompensación

Por todo ello, el Departamento de Salud LA FE de Valencia, en línea con la Agència Valenciana de Salut, está impulsando en su estrategia “innovación de la atención de las condiciones crónicas” introduciendo para ello un nuevo modelo de atención proactivo con mayor control de los pacientes mientras están en sus domicilios, el objetivo y con el objetivo de obtener periodos de estabilidad más largos, reducir el número de descompensaciones, mejorar control sintomático y de calidad de vida y como consecuencia disminuir la utilización de recursos al reducir el consumo derivado de los periodos de empeoramiento

Hemos diseñado y pilotado para ello un Programa de Gestión de Enfermedades Crónicas basado en las políticas actuales, las mejores prácticas y la evidencia disponible, que incluye las siguientes medidas:

- Identificar y estratificar a la población susceptible de inclusión.
- Diseño del proceso de atención, cuidados en coordinación con todos los recursos asistenciales implicados, bajo la filosofía de la “gestión de caso” y utilizando la metodología de procesos.
- Documentación guías y protocolos específicos de las enfermedades crónicas mas prevalentes.
- Diseño de programas educativos específicos de la enfermedad crónica más prevalentes.
- Introducción e impulso del uso de las Nuevas Tecnologías, con el objetivo de garantizar continuidad de la información, disponibilidad de la misma para todos los actores implicados y de hacer el proceso de atención más eficiente, para lo que se ha desarrollado una solución tecnológica multiplataforma que basada en el enfoque de la Gestión de la Enfermedad Crónica, permite monitorizar regularmente a los pacientes, a través de telefonía móvil, fija e internet, analizando la información recibida y determinar cuando éstas alcanzan un valor crítico, a la vez que ofrece información específica y personalizada sobre su enfermedad a los pacientes y/o cuidadores.
- Alinear recursos e incentivos del Departamento hacia este Objetivo Estratégico de “Innovar la Atención de las Condiciones Crónicas”
- Incorporar la evaluación continua y la mejora de la calidad en el Programa

Durante el año 2008 tras la fase de diseño, decidimos pilotar dos experiencias basadas en el Programa de Gestión de Enfermedad con Áreas de Salud de nuestro Departamento, para lo que seleccionamos pacientes con condición crónica avanzada que cumplieran algunos de los siguientes supuestos:

- Experiencia 1: Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
- Experiencia 2: Pacientes con condición crónica “Insuficiencia Cardíaca” estadios C y D de la AHA y al menos un ingreso previo en el último año.

Los resultados obtenidos en las dos experiencias han sido más que esperanzadores a la vez que coincidentes con la literatura disponible

- En la experiencia 1, se incluyeron un total de 327 pacientes con un seguimiento promedio de 80 días, durante el que recibieron de forma programada 1 llamadas semanales por parte de la enfermera gestora, 1 visita semanal quincenal en el domicilio por parte de la enfermera o médico. Los pacientes presentaron un adecuado control de síntomas, en el 73% de los casos se obtuvo una muerte digna en el domicilio de los mismos, se derivaron menos de un 5% de los casos al Hospital por mal control sintomático o desbordamiento familiar y se obtuvo un alto grado de satisfacción por parte de los cuidadores
- En la experiencia 2, se incluyeron un total de 50 pacientes con un seguimiento de un año. El programa se inicia con una valoración integral del paciente por parte del médico y enfermera, así como la entrega al paciente de un esfigmomanómetro digital para la toma de la frecuencia cardíaca y tensión arterial. A continuación, en el domicilio del paciente, la Unidad de Hospitalización Domiciliaria educará al paciente y/o cuidador sobre la enfermedad, recomendaciones sobre estilo de vida, factores precipitantes de agudización y razones para el empleo de cada uno de los fármacos, así como necesidad de cumplimiento del tratamiento. Esta educación sanitaria se reforzará mediante la entrega de material escrito (folletos adecuados).

También se potenciarán las posibilidades de autocuidado del paciente o educación en este sentido del cuidador, de modo que uno u otro puedan proporcionar a la demanda datos sobre: frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura, ritmo cardíaco, peso diario, ingesta hídrica, diuresis diaria y cumplimiento terapéutico. Posteriormente se establecerá un calendario de determinaciones analíticas (en 7 ocasiones a lo largo del seguimiento) y se efectuarán, a lo largo del año, 36 entrevistas telefónicas estructuradas, 6 visitas de enfermería y 3 visitas por médico de atención primaria en el centro o domicilio según las posibilidades de movilidad del paciente. Un teléfono con horario diurno, atendido por enfermería, recogerá las llamadas espontáneas de los pacientes obteniendo, también de forma estructurada, la información pertinente.

Tras un año de seguimiento se realizó una evaluación de los pacientes objetivándose un mejor control sintomático (disminución promedio de 16 puntos en la escala de Minnesota), una mejor calidad de vida (incremento promedio de 9 puntos en la escala EuroQol-5D) a la vez que una disminución del consumo de recursos por descompensaciones (73% ingresos, 77% estancias y del 61% de las atenciones en urgencias)

Actualmente tras los excelentes resultados obtenidos nuestro Departamento está transformando e implementando los recursos necesarios para hacer un despliegue del Programa de Gestión de Enfermedad e impulsar la “Innovación del Cuidado de las Condiciones Crónicas” con el objetivo de extenderlo a todas las áreas de salud y al 100% de los pacientes con condición crónica avanzada y alta grado de complejidad en los próximos 2 años.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL

www.mspes.es