

ÓPTIMA

**PLAN PARA LA OPTIMIZACIÓN DE
TIEMPOS Y MEJORA DE LA ATENCIÓN**

2 0 2 0

2 0 2 3



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública

Este documento ha sido revisado por la Unidad de Igualdad de acuerdo con los principios del lenguaje inclusivo.

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

©de la presente edición: Generalitat, 2020

1a edición. Edición online

Índice

Introducción y justificación	6
Conceptos básicos	11
Datos generales	13
Conclusiones generales	20
Plan ÓPTIMA	24
Presupuesto	47
Indicadores de seguimiento	49

ÓPTIMA

PLAN PARA LA OPTIMIZACIÓN DE TIEMPOS Y MEJORA DE LA ATENCIÓN

2 0 2 0

2 0 2 3

PARTE I
ANÁLISIS

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El sistema sanitario público y sus prestaciones a la ciudadanía constituyen uno de los pilares básicos sobre los que se sustenta el Estado de Bienestar en las sociedades modernas, y la igualdad efectiva de acceso, señalada por las Leyes 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, es el elemento fundamental que garantiza a la ciudadanía de manera universal y equitativa el derecho a la asistencia sanitaria. El Govern del Botànic supone un cambio de rumbo en las políticas sociales de la Comunitat Valenciana, priorizando de manera decidida, mediante acciones legislativas y presupuestarias, la asistencia sanitaria de todos los valencianos y valencianas. Un modelo que garantiza la atención de carácter universal y pretende superar las desigualdades de salud en la población, por identidad de género, orientación sexual, edad, etnia, renta, situación de discapacidad o dependencia, como así recogen los principios rectores de la Ley 8/2018, de 20 de abril, de Salud de la Comunitat Valenciana. Con un enfoque inclusivo que incorpora la humanización de la asistencia sanitaria y la atención sociosanitaria en todas las fases del proceso asistencial.

Un nuevo modelo sanitario que prevé ayudas al copago farmacéutico que han beneficiado a un millón y medio de personas, de las cuales alrededor de 115.000 son personas con discapacidad, 800.000 son pensionistas y 380.000 niños y niñas. Además, se reconoce el derecho, reclamado durante tanto tiempo, de las personas que padecen hepatitis C a recibir un tratamiento adecuado. Decisiones que se acompañan con la voluntad firme de reforzar el sistema público sanitario mediante un plan de inversiones para la modernización de nuestros hospitales, centros de salud y consultorios, y la apuesta decidida por la adquisición de la última tecnología de diagnóstico y tratamiento, imprescindible para garantizar una atención sanitaria segura y de calidad.

Así mismo, se impulsa el proceso de estabilidad laboral y ampliación de las plantillas de personal que prestan servicios en el sistema sanitario público.

La Comunitat Valenciana está estructurada en 24 departamentos de salud. En atención primaria y comunitaria cuenta con 847 centros en las que se realizan anualmente alrededor de 19 millones de consultas de medicina familiar y comunitaria, 14 millones de consultas en enfermería y cerca de 4 millones en pediatría. De todas ellas, se deriva un 8,19% y un 4,98% de las consultas respectivamente de medicina familiar y comunitaria y pediatría a consultas externas. También se atienden anualmente en este nivel asistencial más de 3 millones de urgencias de medicina familiar y comunitaria y de pediatría y un millón y medio de urgencias en enfermería.

Disponemos de una red de 34 hospitales y 20 centros de especialidades. De acuerdo con su carácter organizativo, 22 hospitales generales son de gestión directa, 2 hospitales están gestionados por consorcios, 4 hospitales están gestionados por concesiones administrativas y 6 hospitales son de atención a pacientes crónicos y de larga estancia [HACLE]. La red asistencial dispone de 9.411 camas hospitalarias para pacientes agudos.

Anualmente se realizan más de 425.000 ingresos, más de 3 millones de primeras consultas y más de 5 millones y medio de consultas sucesivas, alrededor de 330.000 intervenciones quirúrgicas programadas y casi 50.000 urgentes. Las personas atendidas anualmente en los servicios de urgencias de los hospitales superan los 2.300.000 personas.

Actualmente están implementadas las nuevas modalidades asistenciales de hospitalización a domicilio y hospital de día. Nuestra Comunitat también está a la vanguardia en cuanto a donación y trasplante de órganos, células y tejidos.

En la Comunitat Valenciana contamos con un sistema sanitario público reforzado en los últimos años, muy bien valorado por la ciudadanía, con fortalezas importantes como contar con excelentes profesionales y la implementación de avances sanitarios técnicos y de gestión de forma continua. Sin embargo, una de las preocupaciones recogidas en las diversas encuestas de satisfacción realizadas a la ciudadanía es la demora en el acceso a la prestación no urgente.

La ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, regula las prestaciones sanitarias y aspectos esenciales de las mismas, entre otros los referentes a las garantías de accesibilidad, tiempo de acceso, información, seguridad y calidad.

En desarrollo de lo previsto en el artículo 25 de la citada ley, el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, norma con naturaleza jurídica de legislación básica, define los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso de las personas a las prestaciones sanitarias incluidas en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud [Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre]. Así mismo, se establecen criterios atendiendo a la gravedad de las patologías, eficacia y oportunidad de la intervención.



Es incuestionable que la garantía de acceso en un tiempo máximo de todas las personas incluidas en listas de espera es un derecho que debe procurar mediante los instrumentos necesarios la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Publica, en cuanto ostenta las competencias en materia de salud en el ámbito de la Comunitat Valenciana, de acuerdo con el Decreto 105/2019 de, 5 de julio, del Consell, por el que establece la estructura orgánica básica de la Presidencia y de las consellerias de la Generalitat.

El Gobierno Valenciano en aplicación de los acuerdos contenidos en el Pacte del Botànic II, referidos a los “Servicios públicos para continuar rescatando y cuidando a las personas”, acordó la elaboración de una estrategia integral para reducir las listas de espera, incrementando los recursos humanos, potenciando el autoconcerto y el plan de choque. Además, se determinó la creación de una oficina de control de la demora, con capacidad de dirección, seguimiento y evaluación de los tiempos de espera en todos los departamentos de salud.

Esta estrategia integral se concreta en este plan que pretende definir los objetivos, planificar las acciones y evaluar los resultados obtenidos, para garantizar el acceso en tiempos adecuados a las personas incluidas en listas de espera quirúrgica, pruebas diagnósticas y consultas externas. El Plan ÓPTIMA contiene una serie de medidas, algunas de aplicación generalista y otras que requerirán una adaptación atendiendo a las particularidades de cada Departamento de Salud. Estas medidas, en cualquier caso, serán fruto de un proceso participativo bien con los y las profesionales y sus representantes, bien con las asociaciones representantes de pacientes, con el objetivo de lograr el mayor consenso e implicación.

La gran capacidad de nuestro sistema de salud y su vocación de extender la atención universal, ampliar sus prestaciones y adaptarse a los cambios demográficos conlleva, en ocasiones, la generación de la demora en determinados procesos asistenciales. Se trata de una circunstancia inherente a los sistemas de salud, que deben estar permanentemente en cambio y actualización, por lo que la administración debe contribuir a reducir su incidencia en la atención a los pacientes. La solución para ello no

pasa únicamente por un incremento de recursos y profesionales ad hoc a la demanda incierta y variante. Otras iniciativas, como la definición de los tiempos de garantía, la creación de registros de lista de espera, la publicación de datos sobre listas de espera, el impulso de planes de choque, la mejora de los sistemas de información y el establecimiento de un sistema de priorización, deben formar parte de la solución.

La implantación del Plan ÓPTIMA necesita de la participación y la coordinación entre todo el personal del sistema sanitario, su implicación con el plan debe ser contemplada en los acuerdos de gestión, a nivel de unidad funcional e individual, donde figurarán los objetivos y resultados alcanzados, que redundarán en una mejor atención sanitaria a la ciudadanía.

Pretendemos optimizar los recursos existentes, el conocimiento y la experiencia y por ello consideramos necesario la creación de un Comité Asesor para la gestión e implantación de los cambios necesarios para la reducción de las listas de espera, cuya composición, competencias y reglas de funcionamiento será regulado en la normativa correspondiente. La información proporcionada al respecto deberá ser clara, sencilla, en formatos accesibles y comprensible para el conjunto de la ciudadanía.

Buscamos garantizar la continuidad asistencial al estar la lista de espera quirúrgica íntimamente relacionada con el resto de los niveles asistenciales. Los tiempos de demora del paciente, desde la consulta de atención primaria hasta que se resuelve su problema de salud, deben ser el punto esencial para definir los cambios organizativos y los nuevos procesos de coordinación. Por tanto, se analizará la repercusión en pacientes desde el aspecto global y en todo el proceso de atención, desde el primer contacto hasta la resolución de su situación de enfermedad.

Partimos de la base de que ya contamos con protocolos en aplicación, en los que se garantiza el diagnóstico y tratamiento preferente para procesos de sospecha grave, como los oncológicos, es decir procesos que no admiten tiempo de demora. Por ello, a partir de los mismos, nos planteamos el estudio del rediseño de los sistemas de indicación y priorización de las prescripciones diagnósticas y terapéuticas, que permitan una gestión adecuada basada en las necesidades clínicas y sociales de los y las pacientes, con la ampliación de las consultas de alta resolución, en las que la persona es el núcleo en la programación asistencial y que puede contribuir a la reducción de la demora total.

Con el fin de agilizar el diagnóstico y la atención sanitaria, garantizando la seguridad del paciente, se impulsará la incorporación de tecnología de ayuda al diagnóstico, así como el desarrollo de nuevas prácticas como consulta remota en todas sus modalidades.

El Acuerdo del Consell de 27 de diciembre de 2019, a propuesta de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, permitirá mantener para el año 2020 el programa especial de productividad, puesto en marcha en 2018 y 2019, para la reducción de la demora asistencial en intervenciones quirúrgicas y en la realización de técnicas diagnósticas/terapéuticas, mediante el uso de recursos propios fuera de la jornada ordinaria de trabajo del personal.

La realización del autoconcierto es una medida de actuación básica dentro del Plan ÓPTIMA, por ello este programa, para el año 2020, incorporará a las patologías ya establecidas, nuevos procesos asistenciales relacionados con la reconstrucción de mama tras procesos neoplásicos, así como técnicas intervencionistas para el tratamiento del dolor. No obstante, todos los procesos asistenciales incluidos en el programa están sujetos a revisión. Estos se podrán ampliar o suprimir en razón a la evolución de las listas de espera.



Este nuevo programa de autoconcerto para el año 2020, previa negociación con las organizaciones sindicales de sanidad, cuenta con una dotación presupuestaria de 16 millones de euros.

La utilización eficiente de los recursos estructurales es otro de los objetivos prioritarios del Plan ÓPTIMA, para ello se optimizará la realización de la cirugía ambulatoria, que a 31 de diciembre de 2019 representa el 58,63 % de las intervenciones quirúrgicas. En esta línea de actuación, la consolidación de la actividad programada vespertina, mejorando la dotación de profesionales sanitarios en las unidades asistenciales para la reducción de la lista de espera quirúrgica, complementará las actuaciones señaladas. De este modo, existirá una asignación presupuestaria de 5,2 millones de euros, destinada a la contratación de personal.

El cumplimiento de las garantías de los tiempos de atención en el sistema sanitario público valenciano es uno de los retos esenciales del Plan ÓPTIMA. Para asegurar este derecho, a los 60 días de su inclusión en lista de espera, se mantiene a disposición de las personas la posibilidad de elección de un centro sanitario colaborador incluido en el plan de choque, en cumplimiento de lo previsto en el decreto 97/1996, de 21 de mayo, del Gobierno Valenciano y modificado por el decreto 191/2005, de 16 de diciembre.

El plan de choque tendrá una dotación presupuestaria para el año 2020 de 14 millones de euros. Es imprescindible tener una visión integrada de las listas de espera para reducir la demora, una circunstancia que preocupa tanto a la ciudadanía como a la administración.

La implicación del personal del sistema sanitario, el incremento de los recursos, la incorporación de la innovación y la tecnología y nuevas formas de gestión, colaboración y coordinación, que permitan mejorar la eficiencia de nuestro sistema de salud, así como la participación activa de la ciudadanía, son factores determinantes que contribuirán a la búsqueda de soluciones y a garantizar una prestación asistencial con criterios de equidad, calidad y sostenibilidad.

CONCEPTOS BÁSICOS

Registro de pacientes pendientes de consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas.

Conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran en espera para ser atendidos en una consulta externa o para la realización de una prueba diagnóstica/terapéutica solicitada por un médico autorizado.

Registro de pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada. Conjunto de pacientes con prescripción no urgente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, establecida por el servicio de medicina especializada, aceptada por cada paciente y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de un quirófano.

Fecha de entrada en el registro. Fecha de indicación de la consulta o prueba por el médico o médica peticionarios o de prescripción de la intervención por la especialidad quirúrgica.

Fecha de salida del registro. Fecha en la que la persona es dada de baja, quedando siempre documentado el motivo específico de aquella.

Demora media. Es el tiempo medio de espera, expresado en días, que llevan esperando los y las pacientes en espera para la primera consulta, prueba diagnóstica o terapéutica. En pacientes pendientes de intervención quirúrgica es el tiempo medio desde la fecha de prescripción hasta la fecha final del periodo de estudio. Este indicador es el utilizado por el Ministerio.

Número de pacientes en espera. Número total de personas en espera para la atención en consulta, prueba diagnóstica, terapéutica o intervención quirúrgica.

Motivos de salida del registro

- Por realización de la consulta, prueba diagnóstica o terapéutica.
- Por intervención quirúrgica en su hospital o en centro alternativo.
- Por revisión de la indicación, cuando por motivos clínicos se considere que la prueba o intervención quirúrgica ya no es necesaria.
- Por decisión del paciente que manifiesta su renuncia voluntaria, solicitud de aplazamiento por periodo indefinido.

Prioridades para inclusión en lista de espera

Según el RD 605/2003 de 23 de mayo, las prioridades para consulta externa y/o prueba diagnóstica/terapéutica son las siguientes:

- Prioridad 1. Solicitud preferente. Será aquella solicitud que debe realizarse en un periodo máximo de 15 días.
- Prioridad 2. Solicitud ordinaria. Solicitud de consulta o prueba complementaria en la que no concurren otros elementos de prioridad.

Prioridades para indicación quirúrgica

Según el RD 605/2003 de 23 de mayo, las prioridades para indicación quirúrgica son las siguientes:

- Prioridad 1. Pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.
- Prioridad 2. Pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días.
- Prioridad 3. Pacientes cuya patología permite la demora del tratamiento, ya que aquella no produce secuelas importantes

Distrito único sanitario para la gestión de las listas de espera quirúrgica. Implica que todos los recursos, tanto humanos como materiales, estarán a disposición de las personas que necesiten una intervención quirúrgica, de manera que se garantice el acceso al sistema sanitario en el menor tiempo posible.

Proceso de gestión de pacientes en lista de espera. Implica que el paciente tenga una vía de comunicación directa, que le facilite toda la información que necesita, de manera que se sienta acompañado desde que entra la lista de espera hasta que se resuelve su problema de salud.

Audit Clínico. Revisión retrospectiva de historias clínicas por clínicos cualificados, para evaluar la calidad de la atención prestada e identificar deficiencias que permitan establecer mejoras en la calidad asistencial.

DATOS GENERALES

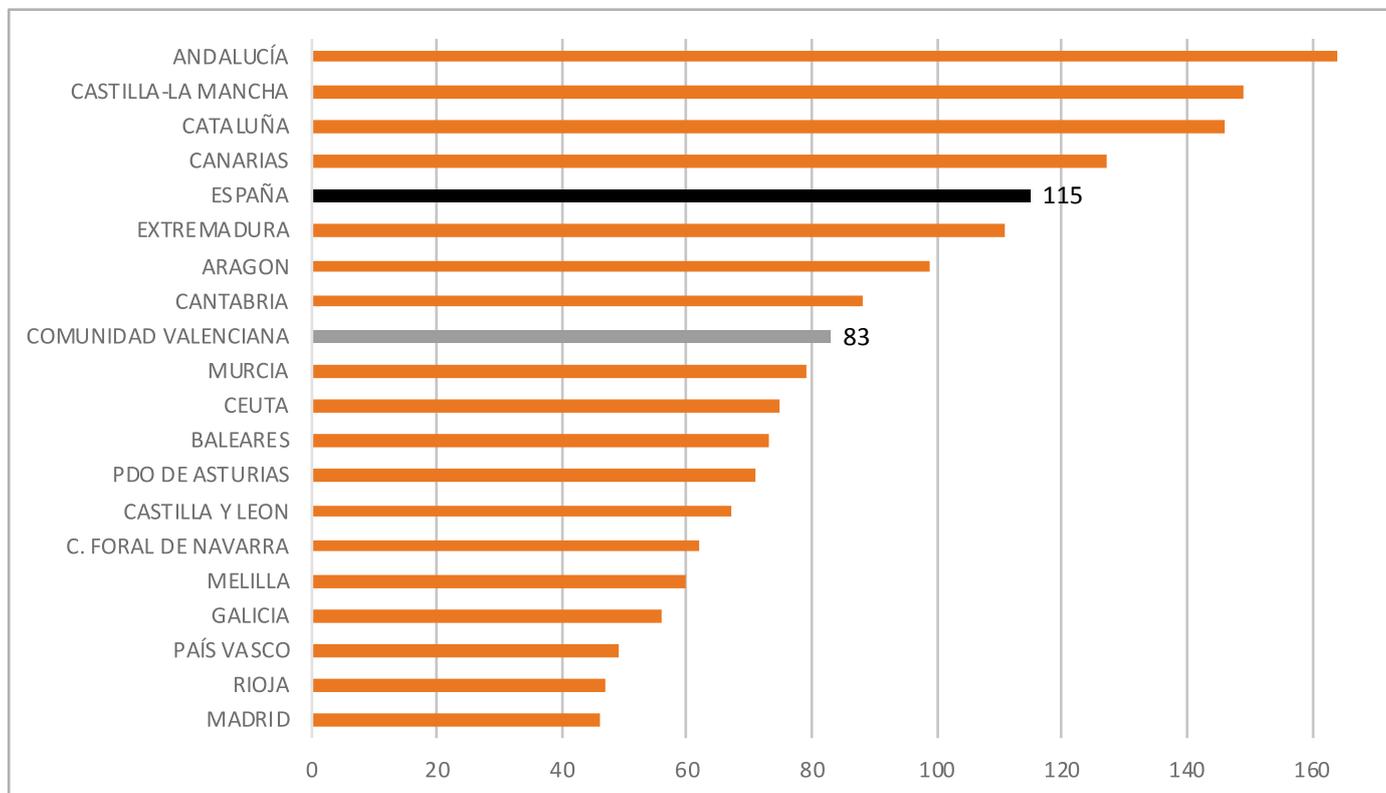
DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

La siguiente tabla muestra los datos de la lista de espera quirúrgica del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social publicados a junio de 2019.

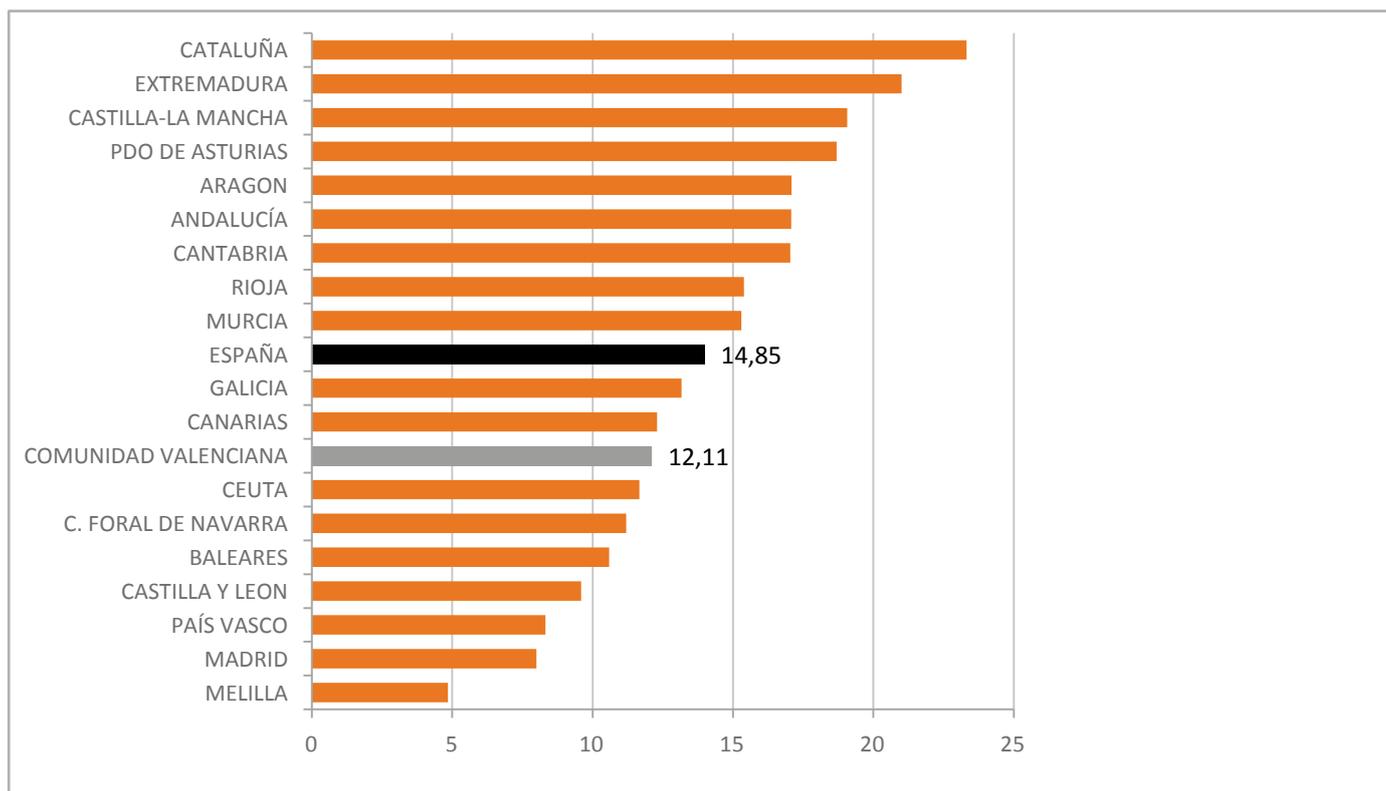
Datos de la lista de espera del ministerio

CC.AA	Tiempos medios de espera
ANDALUCÍA	164
ARAGON	99
PDO DE ASTURIAS	71
BALEARES	73
CANARIAS	127
CANTABRIA	88
CASTILLA Y LEON	67
CASTILLA-LA MANCHA	149
CATALUÑA	146
COMUNIDAD VALENCIANA	83
EXTREMADURA	111
GALICIA	56
MADRID	46
MURCIA	79
C. FORAL DE NAVARRA	62
PAÍS VASCO	49
RIOJA	47
CEUTA	75
MELILLA	60
ESPAÑA	115

Tiempo medio de espera en días



Tasas de pacientes en espera por 1000 habitantes



DATOS DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA DE LA COMUNITAT VALENCIANA

Los datos de lista de espera quirúrgica se refieren al corte del 31 de diciembre de 2019.

Lista de Espera Quirúrgica en Centros Sanitarios Públicos	Días
Demora media	90

Número de pacientes en espera

Número de pacientes con 0 - 90 días de espera	38.565
Número de pacientes con 91 - 180 días de espera	10.494
Número de pacientes con más de 180 días de espera	14.375
Número total de pacientes	63.434
Tasa por 1.000 habitantes	13,54

Actividad quirúrgica. Intervenciones globales por año y mes

Realizadas	2016	2017	2018	2019
Enero	29.951	32.659	33.908	33.056
Febrero	36.859	35.386	35.241	34.724
Marzo	30.941	38.974	33.222	33.988
Abril	34.248	25.585	31.244	30.969
Mayo	38.079	38.619	38.477	39.074
Junio	37.687	36.955	35.659	33.995
Julio	26.693	26.014	26.553	29.024
Agosto	18.862	18.197	18.778	18.096
Septiembre	28.382	26.994	26.234	27.552
Octubre	34.712	35.333	36.351	38.989
Noviembre	37.340	37.808	34.326	36.743
Diciembre	27.645	27.217	26.249	29.107
Total general	381.399	379.741	376.242	385.317

AUTOCONCIERTO

La Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública ha venido regulando mediante el establecimiento de sucesivos Acuerdos del Consell el programa de autoconcierto para la reducción de las listas de espera mediante el uso de recursos propios fuera de la jornada ordinaria de trabajo del personal. Para el 2020 se ha aprobado por el Consell el Acuerdo de fecha 27 de diciembre de 2019, de regulación del programa especial de productividad para la reducción en 2020 de la demora asistencial en el Sistema Valenciano de Salud, con las mismas características de configuración presupuestaria que los anteriores, pero con una dotación económica mayor.

Este programa especial, configurado como una línea operativa dentro del Plan ÓPTIMA, presenta novedades desde el punto de vista asistencial en cuanto que se añaden a los procesos asistenciales más comunes ya incluidos en el autoconcierto, nuevos procedimientos relacionados con la reconstrucción de mama tras procesos neoplásicos, así como técnicas intervencionistas para el tratamiento del dolor. Por último, el nuevo acuerdo recoge la adaptación de la codificación de los procesos incluidos en el programa de la clasificación de CIE9 a CIE10.

El programa de autoconcierto lo debemos considerar como una medida complementaria para consolidar la programación asistencial en cada departamento, maximizar el conocimiento y experiencia profesional y también asegurar el uso eficiente de los recursos quirúrgicos y hospitalarios, mientras progresivamente vamos disponiendo de los suficientes recursos de carácter estructural para consolidar este tipo de programación asistencial. No obstante, se ha ido extendiendo e incrementando año tras año esta práctica, hasta representar un 10,94 % en el año 2018 y un 14,28 % en el 2019, de toda la actividad quirúrgica programada.

La efectividad del programa de autoconciertos se fundamenta en la participación proactiva de las gerencias de los departamentos en cuanto son responsables de autorizar a sus distintos servicios/ unidades de la realización de actividades de reducción de la demora asistencial, de acuerdo con requerimientos previos de:

- Disponibilidad de recursos [quirófanos, camas, equipos, personal, etc.] para atender esta actividad adicional.
- Existencia de pacientes en lista de espera propios o de otros centros susceptibles de ser intervenidos.
- Capacidad de los servicios/unidades asistenciales para asumir dichos pacientes.

La eficiente utilización de los recursos disponibles y el rendimiento profesional durante la jornada ordinaria serán determinantes para la participación de los profesionales en este programa que en todo caso será de carácter voluntario.

Actividad en autoconcierto 2016-2019

	2016	2017	2018	2019
Enero	917	1.559	2.091	516
Febrero	1.600	2.112	2.590	2.259
Marzo	1.126	2.184	2.104	2.480
Abril	1.248	1.126	1.882	2.224
Mayo	1.556	2.369	2.619	3.147
Junio	1.879	2.334	2.344	3.061
Julio	635	855	895	1.576
Agosto	120	185	148	212
Septiembre	609	1.299	912	1.749
Octubre	2.023	2.527	2.393	3.434
Noviembre	2.421	3.058	1.485	3.629
Diciembre	1.164	1.665	912	2.471
Total General	15.298	21.273	20.375	26.758

Los acuerdos de autoconcierto establecen que la programación de actividades de reducción de la demora asistencial propia priorizará la realización de los procedimientos de los pacientes que más tiempo de espera acumulen. Las unidades participantes podrán realizar las actividades del programa respecto a pacientes que originalmente correspondan a otros departamentos de salud cuya demora asistencial para determinados procesos sea superior a la suya.

PLAN DE CHOQUE

Dentro de las líneas operativas de desarrollo del presente Plan ÓPTIMA se encuentra el plan de choque, amparado desde el punto de vista normativo por el Decreto 97/1996, de 21 de mayo, posteriormente modificado por el Decreto 191/2005, de 16 de diciembre, del Consell de la Generalitat, por el que se adoptan medidas excepcionales para reducir las listas de espera quirúrgicas en el sistema sanitario de la Comunitat Valenciana.

Este decreto prevé la posibilidad de que los y las pacientes puedan ser atendidos de diversas patologías no urgentes mediante un plan asistencial extraordinario a partir del cumplimiento de un periodo de 60 días de espera desde la inclusión en la lista de espera de cada centro sanitario. En cumplimiento de la normativa señalada para promover esta línea operativa, hemos mejorado los medios de comunicación con los pacientes incluidos en la lista de espera quirúrgica con el objeto de informales sobre la posibilidad de ser intervenido quirúrgicamente mediante plan de choque, así como de la oferta de los centros colaboradores con la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública para el desarrollo de este programa.

Para facilitar la toma de decisiones por parte de los pacientes esta información les será facilitada por la Unidad de Admisión y Documentación Clínica del hospital de la red pública al que estén adscritos, mediante un mapa actualizado de los centros colaboradores con el detalle de servicios y patologías ofertadas en cada uno de ellos.

Estos centros colaboradores disponen de la autorización preceptiva y cuentan con profesionales y medios técnicos para la realización de las patologías más frecuentes incluidas en las listas de espera quirúrgicas. Así mismo se intenta contar con una distribución territorial lo más adecuada posible para que cada paciente pueda elegir también por proximidad a su domicilio, minimizando los efectos que producen los desplazamientos.

Los y las pacientes mediante la cumplimentación del impreso adjunto a la carta que han recibido dispondrán de toda la información señalada para que en el plazo de 45 días expresen su contestación de aceptación o renuncia al Plan.

La citada aceptación o renuncia podrá presentarse tanto en su centro de atención primaria o consultorio, así como a través de la Unidad de Admisión y Documentación Clínica de su hospital. Si aceptan, se confirmará la fecha y centro de intervención, y si renuncian habrán manifestado su opción de permanecer para ser intervenidos en el hospital público donde se encontraban hasta la fecha.

Ante cualquier pregunta o duda que pudieran tener al respecto, en todas las fases del procedimiento existirá un teléfono de contacto y/o correo electrónico al que podrán dirigirse y obtener la información complementaria sobre su proceso asistencial, respetando en todo momento la normativa sobre protección de datos personales.

En el Plan ÓPTIMA se contempla el establecimiento de los mecanismos de seguimiento y control para garantizar la calidad de la atención sanitaria prestada y los tiempos máximos acordados para las intervenciones quirúrgicas.

NÚMERO DE PACIENTES QUE HAN ACEPTADO PLAN DE CHOQUE. 2016-2019

Año	2016	2017	2018	2019
Total general	12.408	12.423	12.831	14.980

CONCLUSIONES GENERALES

La demora en la asistencia sanitaria supone una de las preocupaciones más perceptibles de la ciudadanía y de la administración en el conjunto de los sistemas sanitarios públicos. La vocación de universalidad de la Comunitat Valenciana, el aumento de la capacidad asistencial para hacer frente a las necesidades y ambiciones de una sociedad en constante transformación y la continua adaptación del sistema atendiendo a tales cambios son circunstancias que mueven a la administración a proteger la accesibilidad y equidad de una sanidad de calidad.

En la Comunitat Valenciana queremos reforzar el compromiso hacia una atención dentro de tiempos razonables, acortando la incertidumbre de la espera, procurando el tratamiento adecuado a los pacientes y su pronta curación ante la enfermedad, eliminando así su impacto negativo sobre el sistema sanitario.

En esta línea, la mayoría de los servicios de salud autonómicos han presentado planes estratégicos de reducción de lista de espera, por lo general coincidentes en el análisis de las causas, así como en las conclusiones. No obstante, la política sanitaria de cada comunidad autónoma ha tenido resultados asistenciales dispares.

Siguiendo los últimos datos del Ministerio de Sanidad, en el conjunto de España la Comunitat Valenciana está por debajo de la media en tiempo de espera respecto del resto de autonomías:

Comunidad Valenciana: 83 días

España: 115 días

Además, la tasa de pacientes en espera por cada 1.000 habitantes también se sitúa por debajo:

Comunidad Valenciana: 12,11

España: 14,85

Son, sin duda, datos que reafirman la línea emprendida por la Comunidad Valenciana de aumentar la inversión en sanidad, que se ha incrementado en más de un 23% desde 2015, la apuesta por la eficiencia, la dignificación y modernización de infraestructuras, la estabilización y el aumento de las plantillas y la puesta en marcha de mecanismos y programas para aumentar la capacidad asistencial de nuestro sistema.

El crecimiento de la demanda asistencial, el envejecimiento de la población, la extensión de la cronicidad, el desarrollo científico que va aparejado a avances técnicos que han permitido el aumento de indicaciones terapéuticas que antes no se planteaban son circunstancias que pueden conllevar un aumento de la demora. Se produce así un efecto paradójico: el acceso a diagnósticos y a tratamientos más seguros e innovadores, el avance tecnológico y la incorporación de nueva tecnología, así como el aumento del volumen de intervención del sistema pueden generar demora en los diferentes niveles asistenciales, lo que obliga a redimensionar el sistema en su conjunto y plantear medidas coordinadas.

La evaluación de la actividad quirúrgica programada entre los años 2016 y 2019 en el sistema sanitario público de la Comunitat Valenciana, nos muestra un balance positivo. Durante el último año se han realizado más intervenciones quirúrgicas programadas y se ha reducido el porcentaje de intervenciones suspendidas. Así mismo, los índices de ambulatorización, el porcentaje de cirugía mayor ambulatoria con ingreso posterior y el tiempo medio de intervención han sido prácticamente similares en el periodo analizado.

Uno de los elementos principales del aumento de las intervenciones quirúrgicas programadas ha sido el impulso del programa de autoconcierto en casi un 75%. En 2016 se realizaron 15.298 operaciones por autoconcierto, mientras que en 2019 se han realizado 26.758. La actividad del autoconcierto se realiza fuera del horario ordinario y de forma voluntaria por parte de los profesionales. Es objetivo principal del Plan, aumentar la oferta actual de recursos, ampliando el número de sesiones asistenciales mediante la disposición de más profesionales que complementen la actividad que se viene realizando por parte de los equipos asistenciales ya existentes, ampliando también el número de patologías.

El Plan contempla las necesidades detectadas por los departamentos de salud en cuanto a recursos humanos, tecnología e infraestructuras. En esta línea está planificada la contratación de 128 nuevos profesionales para el presente año. Estos profesionales permitirán ampliar la provisión vespertina de lunes a viernes de la programación quirúrgica.

Es necesaria la utilización complementaria de otros dispositivos asistenciales, como los incluidos en el plan de choque. Durante los últimos años, en cumplimiento de la normativa vigente, se ha ofrecido a los pacientes que cumplen con los criterios clínicos establecidos, la posibilidad de ser atendido en un centro sanitario colaborador de la Conselleria de sanitat universal y salut pública. El grado de aceptación por parte de la población apenas ha variado en este periodo 41,42% en 2016 y 41,70% en 2019. No obstante, las operaciones realizadas por plan de choque han aumentado en estos años un 20'7%, pasando de 12.408 operaciones en 2016 a 14.980 en 2019.



La puesta en marcha en los últimos meses de algunas de las acciones previstas en este plan ha dado resultado, el compromiso de los equipos directivos y del personal sanitario ha permitido reducir los tiempos de atención a los y las pacientes respecto de los indicadores del año anterior, garantizando una atención sanitaria de calidad, incrementando la actividad quirúrgica y aumentando la eficiencia de los recursos sanitarios públicos. Esta senda debemos continuarla, es la misión del trabajo planificado, garantizar el acceso al sistema sanitario público valenciano en tiempo adecuado, de acuerdo con los criterios de garantía fijados, a todas las personas incluidas en listas de espera quirúrgica, pruebas diagnósticas y consultas externas en la Comunitat Valenciana.

Este plan se referencia en valores imprescindibles en todo sistema público: la equidad, responsabilidad y autoridad, eficiencia, integración, calidad, resiliencia y transparencia. Así mismo identifica retos, objetivos y planes de acción conectados entre sí y que conforman el instrumento estratégico para avanzar en la atención y prestaciones sanitarias que necesiten las personas para resolver sus problemas de salud.

ÓPTIMA

**PLAN PARA LA OPTIMIZACIÓN DE
TIEMPOS Y MEJORA DE LA ATENCIÓN**

2 0 2 0

2 0 2 3

PARTE II

PLAN
ÓPTIMA

PLAN ÓPTIMA

DECLARACIONES ESTRATÉGICAS

La misión, visión y valores en los que se basa el Plan ÓPTIMA son los siguientes.

MISIÓN

Garantizar el acceso a la prestación sanitaria en tiempo adecuado, de acuerdo con los criterios de garantía del tiempo máximo de acceso, a las personas incluidas en listas de espera quirúrgica, pruebas diagnósticas y consultas externas en la Comunitat Valenciana.

VISIÓN

Ser un referente a nivel nacional, garantizando la continuidad de la atención sanitaria a través de los distintos niveles asistenciales y reduciendo los tiempos de demora hasta que se resuelva el problema de salud de los y las pacientes.

VALORES

- Equidad
- Responsabilidad y autoridad
- Eficiencia
- Integración
- Calidad
- Resiliencia
- Transparencia

COMPROMISO

A partir de los principios estratégicos y del análisis de la situación actual, el plan propuesto tiene el objetivo de abordar una estrategia integral para la reducción de listas de espera quirúrgica, de consultas externas y técnicas diagnósticas/terapéuticas.

En concreto, para diciembre del año 2023, con la implantación del Plan ÓPTIMA **se tiene el compromiso de:**

1. Disminuir el número de pacientes en lista de espera quirúrgica en un 25%.
2. Reducir a cero el número de pacientes que esperan más de 180 días en lista de espera quirúrgica.
3. Reducir la demora media a 70 días.
4. Reducir a un 20% el número de primeras consultas externas de más de 60 días.

El Plan ÓPTIMA se basará en los principios **Lean*, que tratan de atender los objetivos del paciente de una forma eficiente.

- Toda actividad o consumo de recursos debe aportar valor.
- Los y las pacientes deben *fluir* de manera regular y constante, sin *detenerse* y *acumularse*, para ello las acciones y recursos sanitarios deben estar cerca y bien conectadas.
- Los procesos deben ser definidos y ejecutados evitando la sobre producción [exceso de pruebas médicas, pruebas repetidas, etc.].
- El proceso debe estar equilibrado. Las actividades de cualquier proceso deben ejecutarse al mismo ritmo.
- Incrementar la flexibilidad, los recursos humanos y técnicos deberán ser flexibles para su aplicación donde sea necesario. Implicará que las personas tengan una formación polivalente y que los equipos tecnológicos estén contruidos para adaptarse de manera fácil y rápida a cada situación
- Para poder alcanzar todos los objetivos de forma total será imprescindible la mejora continua en cada uno de los aspectos abordados.

El enfoque *Lean* en sanidad persigue obtener servicios libres de errores, con mayor énfasis en la calidad asistencial, así como en profesionales sanitarios, mejorando las condiciones y la calidad de su puesto de trabajo, con un enfoque principal hacia la persona.

*Martin Fumadó, Carles, Cuatrecasas Castellsagués, Oriol; Sanidad Lean. Elsevier, 2015.



Los beneficios esperados con la implantación de este plan son:

- Reducción de los tiempos de demora innecesarios.
- Incremento del número de pacientes que puedan ser atendidos con mayor eficiencia.
- Mejorar la calidad asistencial.
- Incremento de la satisfacción de pacientes.
- Incremento de la satisfacción de profesionales.
- Decremento de costes por ineficiencias del sistema.
- Reducción de tiempos en movimientos y distancias.

Se han identificado una serie de los retos esenciales, cada reto contendrá un número determinado de objetivos que se pretende alcanzar a través de los planes de acción. Así mismo, se definen indicadores para verificar el cumplimiento de los objetivos.

Como se ha indicado, el objetivo general o la misión del Plan ÓPTIMA es reducir las listas de espera tanto quirúrgica, como de técnicas diagnósticas/terapéuticas y consultas externas.



RETOS

Los retos de la CSUSP son los siguientes:

RETO 1 Garantizar el acceso a las prestaciones del sistema público sanitario, universal y gratuito, en un plazo adecuado, superando las desigualdades de salud en la población, que afectan a distintos grupos sociales definidos por identidad de género, orientación sexual, edad, etnia, clase social, situación de discapacidad o dependencia.

RETO 2 Incrementar la eficiencia de la atención sanitaria y el nivel de satisfacción de las personas, velando por la sostenibilidad y la transparencia.

RETO 3 Reforzar la red de recursos humanos, tecnológicos e infraestructuras del sistema sanitario para aumentar la capacidad de mejorar el nivel de salud de la ciudadanía.

RETO 4 Respetar el derecho a la elección libre de los y las pacientes con garantías de calidad asistencial y proteger la confidencialidad de los datos de carácter personal.



RETO 1

Garantizar el acceso a las prestaciones del sistema público sanitario, universal y gratuito, en un plazo adecuado, superando las desigualdades de salud en la población, que afectan a distintos grupos sociales definidos por identidad de género, orientación sexual, edad, etnia, clase social, situación de discapacidad o dependencia.

La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública está comprometida con el derecho a la salud universal y con una prestación de calidad, y uno de los factores determinantes para la ciudadanía es la atención en tiempos adecuados de pruebas diagnósticas, prácticas terapéuticas o intervenciones quirúrgicas. La demora no puede actuar como factor diferenciador entre personas, y por esta razón este plan asume el propósito de reducir la demora y mantenerla en niveles razonables.

Para abordar este primer reto, el presente plan introduce **cambios procedimentales en todo el proceso asistencial, criterios de homogeneización de protocolos de inclusión y de priorización y medidas relativas a la auditoría de los procesos y los resultados que inciden en la demora.**

Una de las principales medidas que incorporará el plan será la creación de las Oficinas de Control de la Demora de cada Departamento de Salud. Estas oficinas se configuran como entidades clave en la aplicación de las medidas que el plan contempla, con capacidad de dirección, seguimiento y evaluación de los tiempos de espera, y estarán compuestas por las gerencias y por responsables de la gestión de los servicios sanitarios de todo tipo en cada Departamento. Las oficinas velarán por la efectividad en la gestión asistencial y coordinarán las actuaciones de los profesionales para obtener el mayor rendimiento de los recursos.

Por otro lado, para lograr una mayor agilidad en los procesos sanitarios, abordaremos la homogeneización de criterios que guíen a los profesionales y proporcionen una mayor seguridad y rapidez a la hora de adoptar determinadas decisiones clínicas que repercuten en la agilidad de los procesos sanitarios.

Como medida de control y evaluación de las acciones que el plan prevé, estableceremos sistemas completos de auditoría de la gestión de listas de espera, lo que implica llegar a acuerdos de objetivos y de compromisos para su cumplimiento con todos los Departamentos de Salud de la Comunitat Valenciana.

En este sentido, analizaremos y evaluaremos las medidas que se adopten, incluidas las que prevean los acuerdos de autoconcierto y extraconcierto, e introduciremos mecanismos de control de la calidad y el cumplimiento de los compromisos alcanzados con entidades externas en plan de choque.

Además, las tecnologías de la información y comunicación y su interoperabilidad son un elemento clave en el desarrollo sanitario y en la salvaguarda de los derechos de las personas. Por ello garantizaremos la información al paciente por medios accesibles para que pueda conocer su situación individual. Y por otro lado, ofreceremos los datos de demora media cada mes por departamentos, especialidades y patologías.



OBJETIVO 1.1 Mejorar la gestión de la actividad quirúrgica, técnicas diagnósticas/terapéuticas y consultas externas, para reducir la demora y el número de pacientes en lista de espera.



OBJETIVO 1.2 Homogeneizar los protocolos de inclusión y priorización en las distintas patologías de las listas de espera quirúrgica, pruebas diagnósticas y consultas.



OBJETIVO 1.3 Auditar la gestión de las listas de espera

PLANES DE ACCIÓN



OBJETIVO 1.1 Mejorar la gestión de la actividad quirúrgica, técnicas diagnósticas/terapéuticas y consultas externas, para reducir la demora y el número de pacientes en lista de espera

PLANES DE ACCIÓN



1. Crear las Oficinas de Control de la Demora (OCD) en cada Departamento de Salud, con capacidad de dirección, seguimiento y evaluación de los tiempos de espera en todos los departamentos de salud. Estarán formadas por, la gerencia, la dirección médica y/o responsable de bloque quirúrgico, la dirección de enfermería, la dirección médica de atención primaria, responsables de las unidades de documentación clínica y admisión (UDCA), del servicio de atención e información al paciente (SAIP), y las unidades funcionales de calidad y seguridad y en coordinación con los responsables de los servicios implicados de cada hospital. Así como cualquier persona propuesta por la gerencia.



2. Incrementar la eficiencia de gestión en las unidades de documentación clínica y admisión, así como, su relación con el resto de las partes interesadas.



3. Elaboración y aprobación de un decreto de garantía de tiempo máximo de acceso a las prestaciones y servicios sanitarios.



4. Creación de un comité asesor para la implantación y gestión de las medidas del presente plan, cuya composición, competencias y funcionamiento será regulado por la norma correspondiente”



OBJETIVO 1.2 Homogeneizar los protocolos de inclusión y priorización en las distintas patologías de las listas de espera quirúrgica, pruebas diagnósticas y consultas.

PLANES DE ACCIÓN



4. Disminuir la variabilidad clínica en cuanto a las propuestas de intervención quirúrgica, pruebas diagnósticas y consultas.



5. Utilizar criterios de inclusión y priorización de acuerdo con las recomendaciones de las sociedades científicas de cada especialidad y analizar las salidas de lista de espera sin la realización del procedimiento.



6. Priorizar las listas de espera en función de criterios homogéneos y uniformes.



7. Mejorar la gestión de agendas en consultas externas y técnicas diagnósticas/terapéuticas.



OBJETIVO 1.3 Auditar la gestión de las listas de espera

PLANES DE ACCIÓN



8. Dar cumplimiento a los planes normativos. Aplicación de tiempos de atención garantizada.



9. Establecer acuerdos y compromisos de cumplimiento de objetivos con cada uno de los departamentos de salud.



10. Analizar y evaluar las medidas que se adopten con la voluntad de reducir la demora en la atención sanitaria incluidas las contempladas en el acuerdo de autoconcierto y extraconcierto.



11. Introducir mecanismos de control para velar por la calidad y cumplimiento de los compromisos adquiridos por los centros colaboradores en la reducción de lista de espera.



12. Garantizar por medios accesibles la información al paciente respecto a su situación y opciones para abordar su problema de salud, así como, la publicación en la web mensualmente de los datos de lista de espera por departamentos, especialidades y patologías.



13. Llevar a cabo revisiones periódicas de las listas de espera para comprobar que persiste la indicación y se cumplen los criterios de priorización.



14. Establecer mecanismos de confirmación de cita, así como la elaboración de instrucciones preparatorias para intervenciones quirúrgicas y pruebas o técnicas diagnósticas/terapéuticas.



RETO 2

Incrementar la eficiencia de la atención sanitaria y el nivel de satisfacción de las personas, velando por la sostenibilidad y la transparencia.

El segundo reto de este plan está encaminado a combinar el aumento de la inversión que realiza la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública con la mejora de la eficiencia en la gestión sanitaria. En concreto, queremos **maximizar el retorno de la inversión, reducir los desplazamientos evitables de pacientes, optimizar la toma de decisiones, identificar y mejorar los procesos a través de mapas de flujo de valor e incrementar la eficiencia quirúrgica.**

Para obtener mayores efectos de la inversión realizada, llevaremos a cabo estudios y evaluaciones para garantizar una distribución adecuada de los recursos tecnológicos en función de las necesidades de cada departamento, así como para potenciar, respecto a algunas enfermedades, los nuevos tratamientos alternativos a intervenciones quirúrgicas.

También iremos ampliando el horario de funcionamiento de la nueva tecnología, que permita realizar diagnósticos más certeros y menos invasivos, y generaremos redes intercentros que también contribuirán a optimizar el uso de los recursos más avanzados. Y dentro de la Central de Compras, impulsaremos la compra pública innovadora como la forma de obtener la tecnología que los departamentos de salud requieren.

Por otro lado, para reducir los desplazamientos evitables de pacientes y optimizar la utilización de los recursos sanitarios, realizaremos estudios para unificar agendas entre especialistas y para redefinir el procedimiento de pruebas de preoperatorio, de forma que se evite la repetición de técnicas diagnósticas y se coordinen y acumulen las pruebas indicadas a un mismo paciente que puedan realizarse en un solo día.

Asimismo, actualizaremos los sistemas de comunicación con el paciente para mejorar las interconsultas y la telemedicina que proporcione una asistencia ágil de determinados casos, así como para facilitar el recordatorio y la cancelación de citas y el contacto con el paciente una vez dado de alta.

Buscamos fortalecer la capacidad resolutive de la atención primaria, y para ello incorporaremos herramientas de ayuda a la toma de decisiones, potenciaremos la transmisión de conocimientos entre profesionales sanitarios y estableceremos comisiones primaria-especializada y de continuidad asistencial que permitan llevar a cabo la de continuidad de cuidados, evitando así desplazamientos a los hospitales.

Además, mejoraremos la integración de los sistemas de información relativos a pruebas diagnósticas y técnicas, a la transmisión de datos entre las distintas etapas de la asistencia y a la facilitación del acceso digital a los resultados de dichas pruebas de forma segura. Y también coordinaremos las listas de espera quirúrgica de los distintos niveles asistenciales, para determinados procesos, el “Distrito Único Sanitario”, que permitirá la unificación de listas para que los pacientes puedan ser atendidos en cualquier centro.

Para mejorar los procesos asistenciales, tras los pertinentes análisis, diseñaremos estrategias que eliminen ineficiencias y duplicidades y que permitan, así, una mejor asistencia al paciente en espera. Lo haremos a través, por ejemplo, de la gestión de pacientes, a quien siempre acudirán quienes necesiten cualquier asistencia o actuación relativa a su situación de espera.

Y, por último, la ampliación de horarios a tardes y a sábados y la potenciación de las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria en todos los departamentos de salud permitirá el incremento de la eficiencia quirúrgica. A todo ello añadiremos medidas de planificación y optimización que posibiliten ampliar el número de intervenciones realizadas en cada sesión, reducir el número de intervenciones suspendidas y aplicar, en su caso, tratamientos alternativos a la intervención quirúrgica.



OBJETIVO 2.1 Maximizar el retorno de la inversión



OBJETIVO 2.2 Minimizar desplazamientos de pacientes y maximizar la utilización de los recursos sanitarios.



OBJETIVO 2.3 Optimizar la toma de decisiones del personal sanitario.



OBJETIVO 2.4 Identificar y mejorar los procesos a través de la definición de mapas de flujo de valor.



OBJETIVO 2.5 Incrementar la eficiencia quirúrgica.



OBJETIVO 2.1 Maximizar el retorno de la inversión pública

PLANES DE ACCIÓN



15. Generación de redes intercentros para la optimización de la tecnología existente entre los diferentes departamentos de salud.



16. Maximizar la utilización de la nueva tecnología, que permita diagnósticos más certeros y menos invasivos, ampliando el horario de funcionamiento.



17. Evaluar y optimizar los recursos existentes para planificar la incorporación de nueva tecnología e infraestructuras dónde quede demostrada su necesidad bajo criterios objetivos.



18. Realizar estudios para garantizar la eficiencia y la máxima rentabilidad de la nueva tecnología alternativa a las intervenciones quirúrgicas en el tratamiento de enfermedades.



19. Potenciar la compra pública innovadora de tecnología que mejore los procesos de diagnóstico y tratamiento sanitario.



OBJETIVO 2.2 Minimizar desplazamientos de pacientes y maximizar la utilización de los recursos sanitarios.

PLANES DE ACCIÓN



20. Realizar un estudio de unificación de agendas que minimicen los desplazamientos del paciente, agrupando las pruebas y técnicas diagnósticas/terapéuticas que precise.



21. Realizar un estudio para redefinir el procedimiento de pruebas de preoperatorio que evite la repetición de pruebas diagnósticas.



22. Ajustar la gestión de citas en consultas externas y pruebas diagnósticas a la demanda real revisando el protocolo de gestión de citas.



23. Establecer en todos los departamentos de salud los mecanismos necesarios para el recordatorio de citas y corresponsabilizando y facilitando su anulación en caso de no poder asistir, liberando así los recursos asignados.



24. Potenciar la comunicación del personal sanitario con el paciente, de forma remota tras el alta hospitalaria para dar seguridad a los y las pacientes, resolver consultas y evitar el retorno innecesario al hospital.



25. Extender las consultas de alta resolución de forma que se consiga el diagnóstico y tratamiento en una sola consulta.



26. Potenciar las consultas telefónicas, interconsultas no presenciales y la telemedicina con plazos de respuesta breve que eviten derivaciones y desplazamientos. Priorizando su implementación en zonas rurales, de mayor dispersión demográfica y orientando esta iniciativa especialmente a personas mayores o dependientes.



OBJETIVO 2.3 Optimizar la toma de decisiones del personal sanitario.

PLANES DE ACCIÓN



27. Incorporar herramientas de ayuda a la toma de decisión y sistemas expertos, ofreciendo información y análisis en tiempo real, para la mejora de los procesos asistenciales y la optimización de los recursos.



28. Potenciar la transmisión de conocimientos entre profesionales sanitarios.



29. Establecer un sistema de coordinación entre niveles asistenciales que garantice la atención integral y la continuidad de cuidados.



30. Mejorar la integración de los sistemas de información que ayuden a la clasificación y categorización de pruebas diagnósticas y técnicas; a la transmisión de información correcta y precisa, de unas etapas a otras de la prestación sanitaria, sin retrasos ni errores; y al acceso a las pruebas diagnósticas y técnicas de forma digital y con garantías de seguridad.



31. Coordinación de listas de espera quirúrgica a diferentes niveles asistenciales y entre departamentos, a través de la implantación de "Distrito Único Sanitario" para determinados procesos, que permitirá gestionar una lista de espera unificada y poder ser atendido en otro centro.



OBJETIVO 2.4 Identificar y mejorar los procesos a través de la definición de mapas de flujo de valor.

PLANES DE ACCIÓN



32. Analizar y rediseñar los procesos y rutas asistenciales para identificar y eliminar ineficiencias y duplicidades garantizando una atención integrada. Se diseñarán flujos de valor con la información y recursos que aporten valor a las personas.



33. Fomentar las redes de colaboración interdepartamentales para enfocar la gestión al conjunto de actividades sanitarias que conforman el proceso asistencial. Estableciendo mapas de flujo de pacientes en función de especialidades y técnicas.



34. Enfocar la actividad en el paciente y no en la propia organización. Diseñar el proceso de “gestión de pacientes en lista de espera” de manera que estos se puedan dirigir siempre al mismo punto de atención.



OBJETIVO 2.5 Incrementar la eficiencia quirúrgica.

PLANES DE ACCIÓN



35. Mayor utilización de los quirófanos en horario de tarde y sábados para la realización de intervenciones quirúrgicas en lista de espera.



36. Potenciar las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria [CMA] en todos los departamentos de salud.



37. Elaborar un catálogo de procedimientos de CMA y cirugía menor [CME] para homogeneizar su indicación y el uso racional del bloque quirúrgico.



38. Optimizar el tiempo disponible en actividad quirúrgica tanto para programación ordinaria como en autoconcierto o extraconcierto.



39. Implementar una herramienta para la planificación y programación del bloque quirúrgico [BQ] bajo incertidumbre, que permita maximizar el rendimiento de BQ o que el saldo de actividad sea positivo.



40. Minimizar el número de intervenciones suspendidas en programación ordinaria y autoconcierto, así como, promover la correcta identificación y eliminación de la causa por la que se suspenden.



41. Potenciar las alternativas a la intervención quirúrgica.



RETO 3

Reforzar la red de recursos humanos, tecnológicos e infraestructuras del sistema sanitario para aumentar la capacidad de mejorar el nivel de salud de la ciudadanía.

La Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública gestiona la mayoría de los departamentos de manera directa para asegurar la igualdad efectiva de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias, así como una mejor organización del sistema valenciano de salud. Ello no excluye otras formas de gestión que respetan la legislación básica con garantía de estabilidad presupuestaria, pero el carácter público de la sanidad no solo es un compromiso político y social, sino que también permite una dirección coordinada y una gestión eficiente de los centros e instituciones del sistema sanitario.

El presente plan persigue, de acuerdo con esta premisa, **incrementar la capacidad del sistema según las necesidades del territorio.**

Con el fin de mejorar el desempeño global del sistema, este plan pretende desarrollar una estrategia para la incorporación de profesionales agrupados en equipos multidisciplinares que impulsen la actividad quirúrgica en horario vespertino, y para la incorporación de tecnología en atención primaria, hospitalaria y especializada.

De forma complementaria, estableceremos planes de anticipación que hagan frente a la estacionalidad y periodos de mayor demanda, que afecta al sistema sanitario y ampliaremos la capacidad de las unidades de la atención domiciliaria.

En relación con el autoconcierto, previa negociación, con los agentes sindicales, estudiaremos la incorporación a este programa de nuevas patologías, en función de la evolución de la demora asistencial, para pruebas diagnósticas, así como para técnicas y para intervenciones quirúrgicas. El acuerdo incorporará medidas de seguimiento y control de las intervenciones para velar por el cumplimiento de los objetivos marcados, y se evaluará equiparar las oportunidades de acceder a las intervenciones en autoconcierto por servicios y categorías.

Por último, las medidas orientadas a la retención del conocimiento encarnado en los profesionales sanitarios que se hayan formado en la Comunitat Valenciana. En efecto, en nuestro territorio coexisten zonas de grandes concentraciones de población con otras que han visto reducir el número de ciudadanos durante las últimas décadas, y es obligación de las administraciones públicas vertebrar todo el territorio de la Comunitat Valenciana atendiendo a las especificidades de cada zona para evitar el deterioro de los servicios públicos.

El plan prevé contratar a personal facultativo y personal de enfermería para fomentar la consolidación de los equipos quirúrgicos, así como la vinculación de los profesionales con el territorio.

Y también establece el objetivo de llegar a acuerdos con los departamentos para que la incorporación de personal permita crear nuevos equipos vinculados al cumplimiento del objetivo de reducir las listas de espera.



OBJETIVO 3.1: Mejorar la capacidad del sistema sanitario atendiendo las necesidades detectadas en los departamentos de salud en cuanto a recursos humanos, tecnología e infraestructuras.



OBJETIVO 3.2 Aprobar el programa especial de productividad para la reducción de la demora asistencial, previa negociación con las organizaciones sindicales. Autoconcierto.



OBJETIVO 3.3 Elaborar un Plan para la retención del conocimiento tras la formación de personal facultativo especialista.



OBJETIVO 3.1: Mejorar la capacidad del sistema sanitario atendiendo las necesidades detectadas en los departamentos de salud en cuanto a recursos humanos, tecnología e infraestructuras.

PLANES DE ACCIÓN



42. Planificar y desarrollar un plan de mejora, para la incorporación de profesionales organizados en equipos multidisciplinares con el objeto de impulsar la actividad quirúrgica en horario vespertino.



43. Planificar y desarrollar un plan de mejora para la incorporación de tecnología en atención primaria, centros de especialidades y hospitales.



44. Potenciar la capacidad resolutive de atención primaria y comunitaria.



45. Revisar las competencias por categorías profesionales para obtener los máximos beneficios de las nuevas oportunidades que ofrece la tecnología.



46. Establecer un plan de anticipación frente a la estacionalidad y periodos de mayor demanda asistencial mediante la planificación de un conjunto de procedimientos alternativos.



47. Ampliar la capacidad de la atención domiciliaria para procesos de recuperación quirúrgica.



OBJETIVO 3.2 Aprobar el programa especial de productividad para la reducción de la demora asistencial, previa negociación con las organizaciones sindicales. Autoconcierto.

PLANES DE ACCIÓN



48. Identificar e incorporar nuevas patologías en el programa de autoconcierto para intervenciones quirúrgicas, así como nuevas pruebas diagnósticas y técnicas, atendiendo a la demanda y evolución de la demora asistencial.



49. Seguimiento y control de las intervenciones realizadas en autoconcierto para el cumplimiento de los objetivos.



50. Evaluar la equiparación de oportunidades en el acceso las intervenciones en autoconcierto, por servicios y categorías profesionales, teniendo en cuenta la experiencia y capacidad.



OBJETIVO 3.3 Elaborar un Plan para la retención del conocimiento tras la formación de personal facultativo especialista.

PLANES DE ACCIÓN



51. Consignación de la dotación presupuestaria suficiente en el presupuesto de la Conselleria de Sanitat i Salut Pública, para la contratación por un año de personal para el refuerzo de los equipos quirúrgicos, durante la vigencia de este plan.



52. Establecer acuerdos con cada Departamento de Salud para la distribución e incorporación de dicho personal que permita crear nuevos equipos quirúrgicos vinculados al cumplimiento del objetivo de reducción de la lista de espera.



RETO 4

Respetar el derecho a la elección libre de los y las pacientes con garantías de calidad asistencial y proteger la confidencialidad de los datos de carácter personal.

Este plan también impulsa la colaboración entre centros del sistema sanitario valenciano, aprovechando el conocimiento interno y las posibilidades de las infraestructuras existentes.

El paciente es el elemento central de todo el sistema sanitario. La atención que necesita, las circunstancias en las que debe ser atendido y su capacidad de decisión consciente en aquellos aspectos que le competen son aspectos fundamentales. Por lo tanto, debemos propiciar una relación lo más cercana posible entre el sistema sanitario y las personas.

Para ello, vamos a profundizar en los **mecanismos de colaboración entre los centros del sistema público**. En esta materia, el plan potenciará el extraconcierto, en particular respecto de intervenciones que requieran una alta especialización o en la que intervengan facultativos cuyo departamento y especialidad no tengan lista de espera, y promoverá la transmisión de experiencia y conocimientos mediante la formación de equipos compuestos por profesionales de distintos departamentos.

Además, priorizaremos la creación de equipos multidisciplinares de profesionales que faciliten el adecuado uso de las técnicas de diagnóstico y tratamiento más avanzadas. Y para garantizar igualdad de prestaciones en toda la Comunitat Valenciana, garantiremos que cualquier ciudadano pueda ser atendido con los medios más avanzados en cuanto a alta tecnología.

En cuanto a los mecanismos de colaboración con entidades privadas para la reducción de las listas de espera, revisaremos el protocolo de derivación y seguimiento de los pacientes remitidos al plan de choque, y definiremos el Audit Clínico en cuanto a la derivación de los pacientes y patologías remitidas. Estableceremos reuniones periódicas para el seguimiento de los pacientes derivados, las prestaciones realizadas y el cumplimiento de los plazos garantizados. Se realizarán informes de inspección de dichos centros periódicamente.

Por último, llevaremos a cabo encuestas de satisfacción a los pacientes intervenidos en centros sanitarios colaboradores del sistema sanitario público valenciano.



OBJETIVO 4.1 Establecer mecanismos de colaboración entre centros del sistema público y entre éstos y centros colaboradores, para acercar la atención sanitaria al paciente.



OBJETIVO 4.2 Establecer mecanismos de seguimiento y control con centros sanitarios colaboradores del sistema sanitario público valenciano.



OBJETIVO 4.1 Establecer mecanismos de colaboración entre centros del sistema público y entre éstos y centros colaboradores, para acercar la atención sanitaria al paciente.

PLANES DE ACCIÓN



53. Potenciar el Extraconcierto, especialmente para procesos asistenciales que requieran mayor y/o concreta especialización, o en las que intervenga personal facultativo de patologías con lista de espera en niveles adecuados en su Departamento de Salud, según los criterios establecidos por la Dirección General de Planificación, Eficiencia Tecnológica y Atención al Paciente.



54. Configurar equipos entre profesionales sanitarios de distintos departamentos que permitan compartir la formación y experiencia en beneficio de los y las pacientes.



55. Priorizar la configuración de los equipos profesionales multidisciplinares necesarios para el uso adecuado de técnicas avanzadas de diagnóstico y tratamiento. 15x26 [H/D].



56. Promover el cambio de concepto: la tecnología no es del centro donde está instalada, es del sistema sanitario.



57. Revisar el protocolo de derivación y seguimiento de pacientes remitidos al plan de choque.



58. Definir el Audit clínico, en cuanto a la derivación y selección de pacientes y patologías remitidas.



OBJETIVO 4.2 Establecer mecanismos de seguimiento y control con centros sanitarios colaboradores del sistema sanitario público valenciano.

PLANES DE ACCIÓN



59. Llevar a cabo informes de inspección del cumplimiento de los requisitos previstos para los centros que participan en el plan de choque.



60. Elaborar instrucciones a los centros participantes en el plan de choque referentes al compromiso de espera máxima tras la derivación de las personas a intervenir.



61. Establecer el seguimiento periódico de las derivaciones de pacientes y prestaciones sanitarias realizadas, así como, el cumplimiento de tiempos garantizados.



62. Controlar y revisar periódicamente los protocolos de remisión de pacientes a plan de choque.



63. Realizar encuestas de satisfacción a los pacientes intervenidos en centros sanitarios colaboradores del sistema sanitario público valenciano.

PRESUPUESTO

La Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, como departamento del Consell encargado de la dirección y ejecución de la política del mismo en materia de sanidad, y para el ejercicio de sus competencias, cuenta con un presupuesto para el año 2020 de 6.765.082,93 millones de euros que representa el 39'9% del presupuesto total de la Generalitat Valenciana.

La asignación de recursos económicos destinados a la sanidad pública, ha experimentado un incremento del 23% en los últimos cinco años, que ha permitido la consolidación de nuevas políticas, como la recuperación de la universalidad de la asistencia sanitaria integral, las ayudas frente al copago farmacéutico y ortoprotésico, la garantía de tratamiento a todos los pacientes de hepatitis C, el incremento de la dotación de personal de atención primaria, la reactivación de la oferta pública de empleo con más de 17.000 plazas o la dignificación, modernización y ampliación de infraestructuras tanto hospitalarias como de atención primaria. Con el aumento de la inversión en sanidad, hemos logrado que la inversión per cápita en la Comunidad Valenciana se sitúe en la media de inversión per cápita española, aun a costa de un esfuerzo presupuestario mayor que el resto de las Comunidades Autónomas debido a la situación de infrafinanciación que sufre la Comunitat Valenciana desde hace años.

El 2020 es un ejercicio en el que se van a llevar a cabo importantes políticas en la gestión del sistema sanitario público valenciano y, en concreto, para el desarrollo del Plan ÓPTIMA, que significa una apuesta clara por la mejora en la utilización más eficiente de los recursos sanitarios disponibles, en aras de la obtención de una mayor calidad en la prestación de los servicios sanitarios.

Se destinan a este objetivo las medidas siguientes:

1. Una dotación de 16 millones de euros para el cumplimiento del Acuerdo del Consell de 27 de diciembre de 2019, de regulación del programa especial de productividad para la reducción de la demora asistencial en el sistema sanitario, conocido como autoconcierto y que supone la participación voluntaria del personal de los distintos departamentos de salud para garantizar la atención sanitaria a la ciudadanía en el menor tiempo posible.



2. Se incrementa la dotación económica, de los 1,3 millones de euros en 2019 hasta alcanzar los 5,2 millones de euros en 2020, para la contratación de 128 profesionales durante un año. Esta contratación permitirá reforzar los equipos quirúrgicos para la reducción de la demora asistencial de aquellas especialidades prioritarias y con más pacientes en lista de espera. En concreto, se ha acordado con los departamentos de salud la contratación de 37 facultativos especialistas, 57 personal de enfermería, 2 técnico/a especialista en radiodiagnóstico, 28 técnico/a auxiliares de enfermería y cuidados y 4 celadores.

3. La línea destinada a plan de choque para hacer frente a la demora asistencial pasa en 2020 a dotarse con 14 millones de euros.

Estas medidas irán acompañadas de las inversiones previstas como la construcción de nuevos bloques quirúrgicos, modernización de quirófanos y apertura de quirófanos híbridos o adecuación y ampliación de las áreas destinadas a cirugía mayor ambulatoria en nuestros hospitales. Así mismo la adquisición y puesta en marcha de nuevos equipos tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento permitirán alcanzar el objetivo de una sanidad más eficiente, de mayor calidad y reducir el tiempo de atención de las personas que requieren una prestación sanitaria.

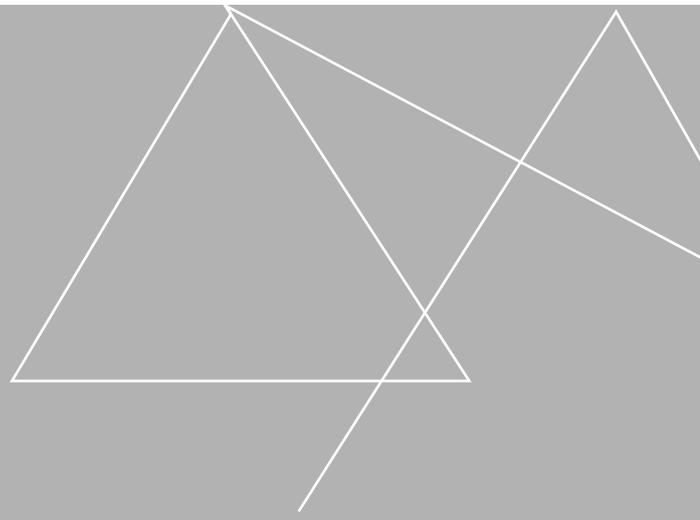
También contribuirán a una gestión eficiente la puesta en marcha de proyectos innovadores en sanidad como el proyecto “Imagen Molecular de alta sensibilidad y baja dosis (IMAS)” o el de “Big Data Salud”, y de la compra pública innovadora (CPI) como mecanismo de contratación. Estos proyectos permitirán abordar soluciones innovadoras, tanto en el ámbito tecnológico como de la gestión, con la contribución de las universidades y del tejido empresarial innovador en el ámbito de la salud de la Comunidad Valenciana.

Una colaboración eficaz entre los diferentes agentes que intervienen en la cadena de ciencia y tecnología sanitaria será vital en los próximos años para afrontar con unos recursos económicos limitados el importante reto social y presupuestario que constituye el cambio demográfico y la implantación de la medicina personalizada.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Los indicadores de seguimiento permitirán alertarnos de si nos desviamos del cumplimiento de los indicadores de resultado y por tanto de los objetivos marcados. Una selección de los indicadores de seguimiento que se revisarán de forma continua son los siguientes:

- Porcentaje de pacientes atendidos en el tiempo establecido
- Número de pacientes en lista de espera
- Demora en la atención en LEQ
- Demora en la atención en consultas externas
- Demora en la atención en primeras consultas y sucesivas
- Demora en la atención en primeras técnicas diagnósticas/terapéuticas
- Índice espera/demora en LEQ
- Número de informes de seguimiento realizados por las oficinas de control de demora
- Porcentaje de adecuación de las indicaciones en consultas externas
- Porcentaje de adecuación de las indicaciones en técnicas diagnósticas/terapéuticas
- Porcentaje de adecuación de las indicaciones en técnicas de tratamiento
- Porcentaje de adecuación de las indicaciones en las intervenciones quirúrgicas
- Porcentaje de adecuación de las priorizaciones en las listas de espera
- Número de diagnósticos, técnicas y procedimientos codificados adecuadamente
- Número de informes de continuidad de cuidados
- Índice de intervenciones suspendidas
- Número de atención domiciliaria
- Número de consultas no presenciales realizadas
- Ratio primeras y sucesivas
- Número Rutas Asistenciales Integradas
- Número de consultas e Interconsultas remotas
- Tasa anual de consultas a domicilio
- Ratio intervenciones ordinaria / intervenciones autoconcierto
- Rendimiento quirúrgico
- Porcentaje de Cirugía Mayor Ambulatoria



**GENERALITAT
VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat
Universal i Salut Pública