



PERYCLES 2015-2019

Plan Estratégico de Eficiencia y de Control y Reducción
de las Listas de Espera del Servicio de Salud
de Castilla y León

PERYCLES 2015-2019

Plan Estratégico de Eficiencia y de Control y Reducción
de las Listas de Espera del Servicio
de Salud de Castilla y León

***«No se sale adelante celebrando éxitos,
sino superando fracasos»***

Pericles (495-429 a.C.)

***«No se trata de hacer más con buenos resultados, sino de
hacer lo que clínica y terapéuticamente es preciso,
a un coste soportable»***

Gerencia Regional de Salud, 2015
Pericles (495-429 a.C.)



1. RESUMEN	Pág. 9
2. INTRODUCCIÓN	Pág. 31
3. DESARROLLO Y DESPLIEGUE.....	Pág. 37
4. OBJETIVOS	Pág. 41
5. CRONOGRAMA	Pág. 63
6. EVALUACIÓN	Pág. 67
7. FINANCIACIÓN	Pág. 71
8. ANEXOS	Pág. 75



1

RESUMEN

En España, la Ley General de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad garantizan a los ciudadanos, de manera universal y equitativa, el derecho a la asistencia sanitaria. La Gerencia Regional de Salud de Castilla y León presenta este Plan Estratégico de Eficiencia con el objetivo fundamental de mejorar las listas de espera y las demoras, priorizar en función de la gravedad y de la urgencia y conseguirlo de un forma eficiente y sostenible, aportando una información adecuada, clara y transparente a los pacientes con el compromiso e implicación de los profesionales.

Son evidentes las dificultades que en la gestión de las Listas de Espera ocasionan los distintos campos que se solapan en su desarrollo: planificación sanitaria, financiación, estrategias de incentivos, sistemas de información, necesidades sociales, etc.

La lista de espera es un indicador de medida de los resultados en salud de las organizaciones sanitarias. La evidencia disponible demuestra que la existencia de las listas de espera tiene un origen multifactorial y por lo tanto, las estrategias centradas solamente en uno o alguno de los factores de forma aislada tienen una respuesta muy limitada.

A lo largo del documento se exponen las líneas de trabajo que deberán permitirnos mejorar ciertas formas de actuación y un abordaje de los tiempos de demora. Destacamos aquí:

- La aplicación de la Ley de Garantías de tiempo de espera debe aplicarse en toda la Comunidad para poder mantener los mismos niveles de equidad en el acceso y uso.
- El desarrollo de sistemas de priorización de pacientes que permitan una gestión versátil adecuada y coherente basada en las necesidades reales de los pacientes.
- La necesidad de mejorar y uniformar el sistema de información y registro de pacientes en lista de espera, aportando la mayor calidad posible en las variables.
- Una visión integral de la asistencia para la incorporación de las mejores prácticas, la innovación, la coordinación entre niveles, etc.

Una Lista de espera con unos tiempos de demora adecuados a las necesidades clínicas y sociales de los pacientes es un importante indicador de buenos resultados y una exigencia ciudadana que, además, permite cuantificar nuestras actuaciones y medir su eficiencia.

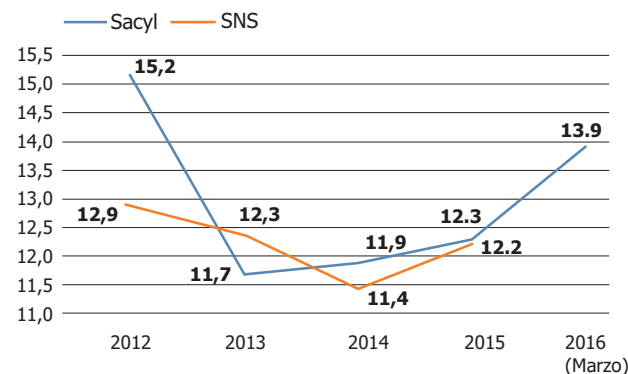
Antes de entrar a exponer las medidas y objetivos que se quieren alcanzar con este nuevo Plan Estratégico, presentamos unas pinceladas de la situación actual de Sacyl respecto a las listas de espera dentro del contexto nacional y datos de la actividad realizada en nuestros centros durante los últimos años.

«El objetivo fundamental es mejorar las listas de espera y las demoras, priorizar en función de la gravedad y de la urgencia y conseguirlo de un forma eficiente y sostenible»

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD-SACYL 2012-2016

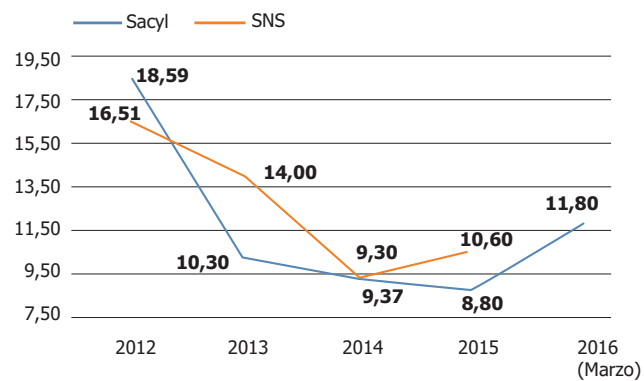
Nº Total pacientes estructurales	2012	2013	2014	2015	2016 (Marzo)
SNS	571.395	559.335	511.923	549.424	
SACYL	36.842	28.306	28.708	29.233	33.212

Núm. pacientes por 1.000 hab.	2012	2013	2014	2015	2016 (Marzo)
SNS	12,9	12,3	11,4	12,2	
SACYL	15,2	11,7	11,9	12,3	13,9

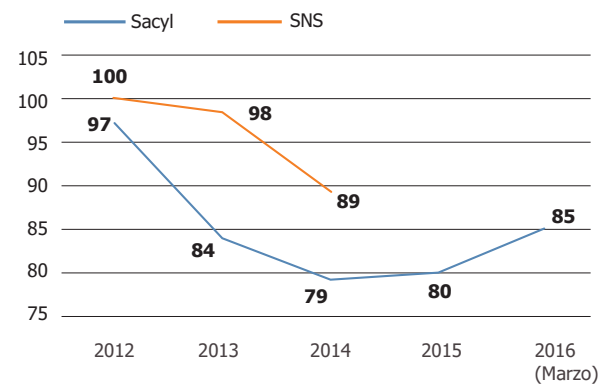


LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD-SACYL 2012-2016

% pacientes más de 6 meses	2012	2013	2014	2015	2016 (Marzo)
SNS	16,51	14,00	9,30	10,6	
SACYL	18,59	10,30	9,37	8,8	11,8



Demora media (días)	2012	2013	2014	2015	2016 (Marzo)
SNS	100	98	87	89	
SACYL	97	84	79	80	85



ACTIVIDAD HOSPITALARIA SACYL 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS					
Altas	247.222	241.569	243.798	247.196	245.831
Estancia media	7,48	7,41	7,17	6,95	6,96
URGENCIAS					
Urgencias Totales	961.115	930.853	945.601	967.584	991.380
% Urgencias Ingresadas	15,96	16,45	16,30	16,10	15,76
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA TOTAL	159754	150161	159722	161980	161073
Act. Quir. Progr. total facult. propios	133.500	125.690	135.171	137.182	137.166
IQH facult. propios	68.974	65.848	67.377	67.159	65.752
IQA facult. propios	64.526	59.842	67.794	70.023	71.414
Programada Ordinaria	111.837	118.348	134.291	137.180	135.856
IQPH ordinarias	60.148	63.550	67.050	67.158	65.148
IQPA ordinarias	51.689	54.798	67.241	70.022	70.708
Programada Extraordinaria*	18.016	4.987	0	0	0
IQPH extraordinarias	8.084	2.013	0	0	0
IQPA extraordinarias	9.932	2.974	0	0	0
M. Ajenos con facult. propios	3.647	2.355	880	2	1.310
Jornada ordinaria:	3.041	2.138	879	2	1.310
IQPH	139	69	326	1	604
IQPA	2.902	2.069	553	1	706
Jornada extraordinaria*:	606	217	1	0	0
IQPH	603	216	1	0	0
IQPA	3	1	0	0	0
Act. Quirúrgica Urgente	26.254	24.471	24.551	24.798	23.907
IQUH	24.396	22.779	22.882	23.084	22.212
IQUA	1.858	1.692	1.669	1.714	1.695
Act. Quirúrgica Concertada (Derivación)	10.994	2.183	6.220	2.626	6.111
Otras IQPA	79.591	88.327	99.129	105.018	111.971
% Utilización de quirófano	75,36	75,77	77,23	76,94	75,92
% Cirugía ambulatoria	48,33	47,61	50,15	51,04	52,06

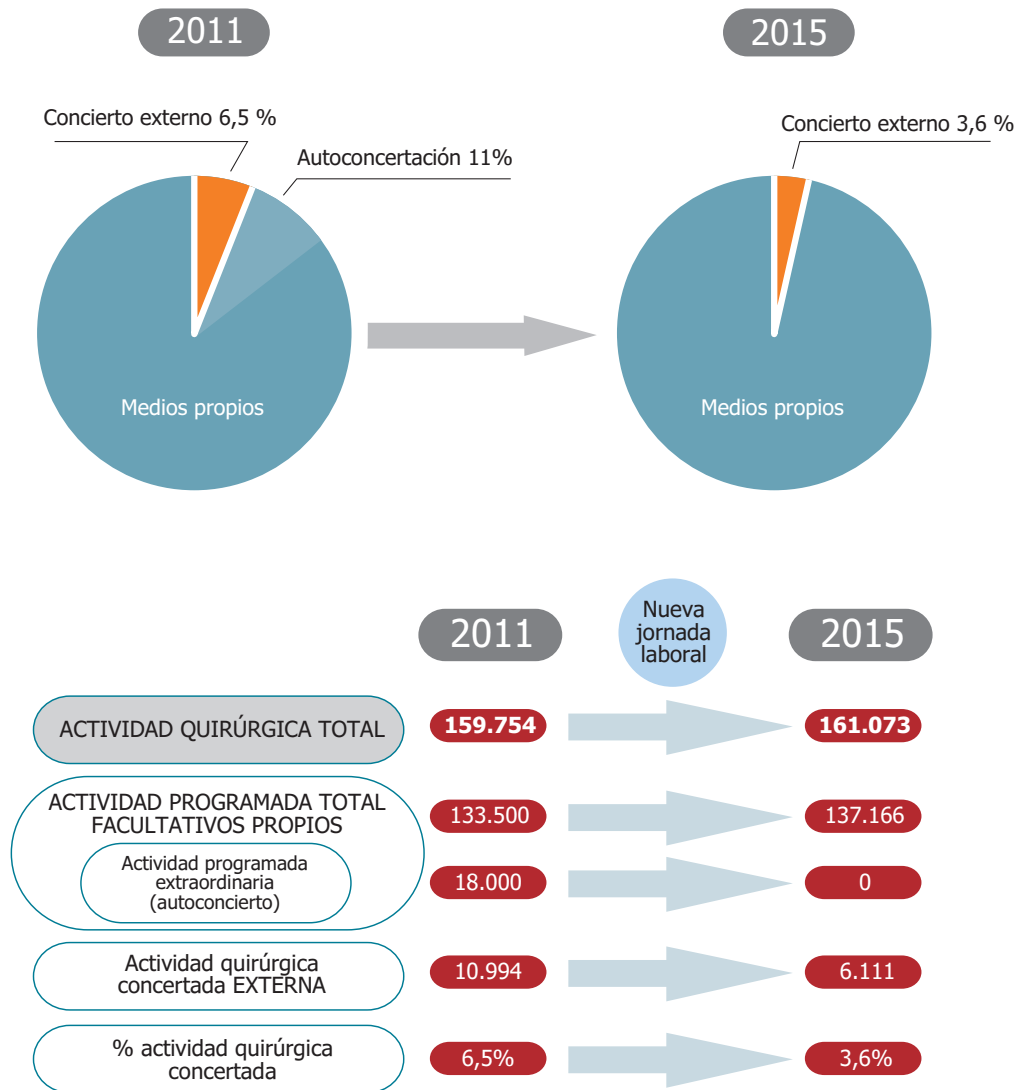
ACTIVIDAD HOSPITALARIA SACYL 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
ACTIVIDAD CONSULTAS TOTAL					
Act. Consultas total medios propios	4.211.094	4.252.691	4.284.065	4.377.883	4.393.364
Consultas Primeras	1.377.216	1.346.926	1.338.271	1.363.660	1.366.856
Recursos ordinarios	1.346.561	1.340.545	1.338.271	1.363.660	1.366.856
Recursos extraordinarios*	30.655	6.381	0	0	0
M. Ajenos con facult. propios	0	0	0	0	0
Consultas Sucesivas	2.833.878	2.905.765	2.945.794	3.014.223	3.026.508
Recursos ordinarios	2.814.695	2.898.737	2.945.794	3.014.223	3.026.508
Recursos extraordinarios*	19.183	7.028	0	0	0
M. Ajenos con facult. propios	0	0	0	0	0
Rel. Suces./Primeras	2,06	2,16	2,20	2,21	2,21
Act. Consultas Concertada					
Consultas Primeras	0	0	0	0	0
Consultas Sucesivas	0	0	0	0	0
Consultas solicitadas por Atención Primaria	1.093.259	1.068.386	1.068.220	1.053.111	1.040.775
HOSPITAL DE DÍA					
Oncohematológico	107.908	108.074	118.048	122.587	120.474
SIDA	248	199	237	266	158
Geriátrico	1.534	1.570	1.708	1.614	2.034
Psiquiátrico	35.577	35.278	49.023	45.754	47.047
General	29.982	32.244	31.912	38.837	41.936

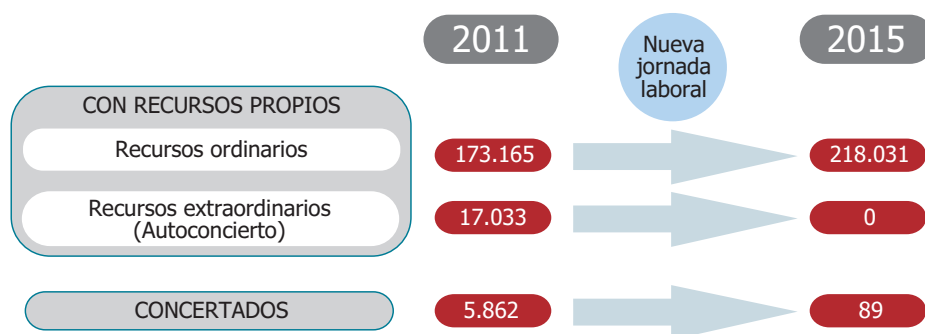
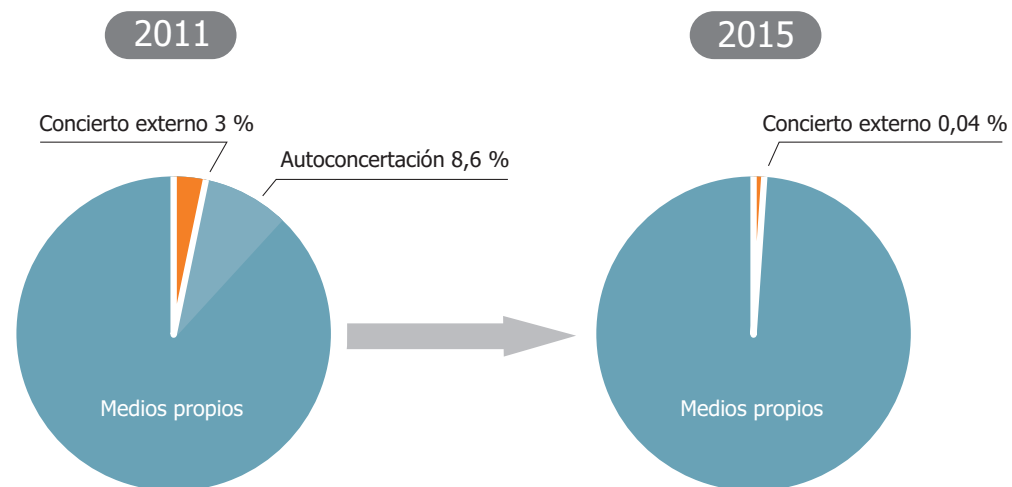
ACTIVIDAD HOSPITALARIA SACYL 2011-2015

	2011	2012	2013	2014	2015
TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS					
Mamografías	68.673	68.722	64.611	70.347	63.218
Recursos ordinarios	68.518	68.606	64.611	70.347	63.218
Recursos extraordinarios*	155	116	0	0	0
Concertadas	0	0	0	0	0
TAC	196.060	192.270	201.131	210.993	218.120
Recursos ordinarios	173.165	185.892	199.111	210.908	218.031
Recursos extraordinarios*	17.033	2.638	0	0	0
Concertadas	5.862	3.740	2.020	85	89
RM	106.199	94.887	103.137	104.393	111.902
Recursos ordinarios	61.159	70.890	87.367	94.091	97.025
Recursos extraordinarios*	2.103	1.240	0	0	0
Concertadas	42.937	22.757	15.770	10.302	14.877
Ecos Rx sin Doppler	274.904	269.252	277.206	280.172	281.511
Recursos ordinarios	251.453	264.197	277.204	279.169	278.472
Recursos extraordinarios*	21.232	5.055	0	0	0
Concertadas	2.219	0	2	1.003	3.039

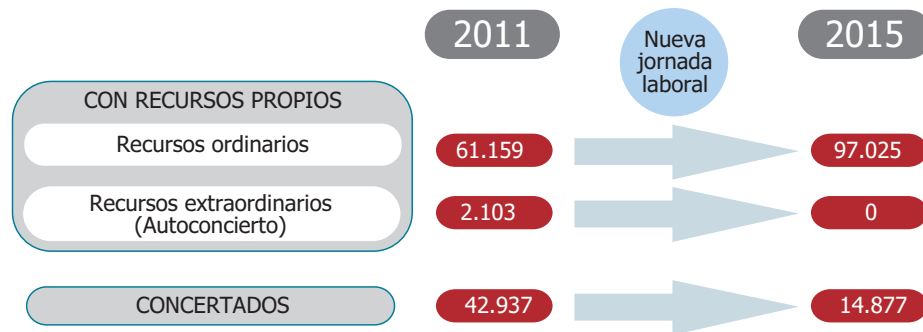
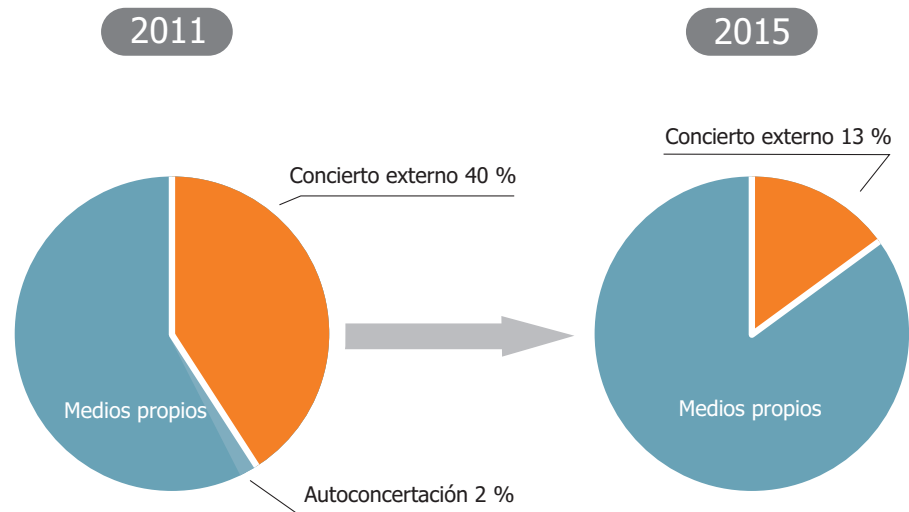
ACTIVIDAD QUIRÚRGICA TOTAL 2011-2015



ACTIVIDAD TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS 2011-2015 (TAC)



ACTIVIDAD TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS 2011-2015 (RESONANCIA)



RENDIMIENTO ALTA TECNOLOGÍA Y QUIRÓFANOS 2014-2015

	Nº	TURNOS	ACTIVIDAD medios propios		ACTIVIDAD (Pac/año-equipo)		ACTIVIDAD ESTÁNDAR	Grado de ocupación
			2014	2015	2014	2015		
BURGOS	2	4	795	952	397,5	476,0	(409-491)	100%
LEÓN	2	4	950	940	475,0	470,0	(409-491)	100%
SALAMANCA	3	5	1.138	907	379,3	302,3	(409-491)	< 100%
HCU	3	6	1.396	1.501	465,0	500,3	(409-491)	100%
ZAMORA	1	2	439	386	439,0	386,0	(409-491)	100%
	11	21	4.718	4.686	429	426	(409-491)	100%

Aceleradores
lineales

	Nº	TURNOS	ACTIVIDAD medios propios		ACTIVIDAD /TURNO-AÑO		ACTIVIDAD ESTÁNDAR	Grado de ocupación
			2014	2015	2014	2015		
ÁVILA	1	2	9.289	8.505	4.645	4.252,5	2.717	> 100%
BURGOS	2	3	8.737	9.548	2.912	3.182,7	2.717	> 100%
LEÓN	2	4	12.573	12.515	3.143	3.128,8	2.717	> 100%
BIERZO	1	2	5.723	5.453	2.862	2.726,5	2.717	> 100%
PALENCIA	1	2	5.132	5.163	2.566	2.581,5	2.717	< 100%
SALAMANCA	2	4	9.157	10.190	2.289	2.547,5	2.717	< 100%
SEGOVIA	1	2	6.258	6.420	3.129	3.210,0	2.717	> 100%
SORIA	1	1	4.304	3.722	4.304	3.722,0	2.717	> 100%
HCU	3	3	17.689	18.895	5.896	6.298,3	2.717	> 100%
HURH	2	4	10.347	11.061	2.587	2.765,3	2.717	100%
ZAMORA	1	2	4.882	5.553	2.441	2.776,5	2.717	100%
	17	29	94.091	97.025	3.245	3.345,7	2.717	> 100%

RM

	Nº	TURNOS	ACTIVIDAD medios propios		ACTIVIDAD /TURNO-AÑO		ACTIVIDAD ESTÁNDAR	Grado de ocupación
			2014	2015	2014	2015		
ÁVILA	1	2	17.531	19.499	8.766	9.749,5	5.000	> 100%
BURGOS	3	4	18.091	18.565	4.523	4.641,3	5.000	< 100%
SSRR	1	1	4.207	5.114	4.207	5.114,0	5.000	<100%
SAP	1	1	4.359	4.514	4.359	4.514,0	5.000	<100%
LEÓN	3	5	27.880	28.345	5.576	5.669,0	5.000	> 100%
BIERZO	2	4	14.931	15.768	3.733	3.942,0	5.000	<100%
PALENCIA	2	2	12.492	12.871	6.246	6.435,5	5.000	> 100%
SALAMANCA	3	5	22.658	23.638	4.532	4.727,6	5.000	<100%
SEGOVIA	1	2	18.725	18.332	9.363	9.166,0	5.000	> 100%
SORIA	1	1	8.341	7.953	8.341	7.953,0	5.000	> 100%
HCU	3	5	21.449	21.186	4.290	4.237,2	5.000	<100%
HURH	2	4	16.928	19.200	4.232	4.800,0	5.000	<100%
MC	1	1	6.320	6.119	6.320	6.119,0	5.000	> 100%
ZAMORA	4	4	16.996	16.927	4.249	4.231,8	5.000	<100%
	28	41	210.908	218.031	5.144	5.317,8	5.000	> 100%

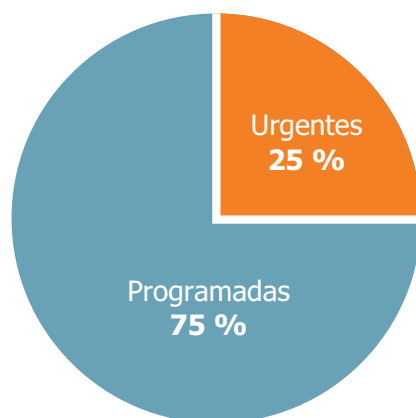
TAC

INDICE DE SUSTITUCIÓN 2012-2014 DE LOS 26 GRDS BÁSICOS

	%CMA 2012	%CMA 2013	%CMA 2014
006 - LIBERACION DE TUNEL CARPIANO	91	91	93
038 - PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS	64	35	74
039 - PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	98	98	98
040 - PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD>17	89	90	90
041 - PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD<18	52	49	55
042 - PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRIS Y CRISTALINO	76	81	83
059 - AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17	1	1	2
060 - AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	5	5	7
061 - MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD>17	63	63	58
119 - LIGADURA Y STRIPPING DE VENAS	52	60	60
162 - PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL Y FEMORAL EDAD>17 SIN CC	27	26	24
163 - PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	9	16	47
225 - PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	40	43	39
227 - PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	35	37	33
228 - PROC.MAYOR SOBRE PULGAR O ARTICULACION, U OTROS PROC.S.MANO O MUÑECA CON CC	33	43	46
229 - PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES S.ARTICULACION SIN CC	61	60	65
232 - ARTROSCOPIA	74	65	75
262 - BIOPSIA DE MAMA Y EXCISION LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO	62	69	66
267 - PROCEDIMIENTOS DE REGION PERIANAL Y ENFERMEDAD PILONIDAL	38	37	34
340 - PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18	7	13	41
351 - ESTERILIZACION, VARON	99	98	99
361 - LAPAROSCOPIA O INTERRUPCION TUBARICA INCISIONAL	5	8	9
362 - INTERRUPCION TUBARICA POR ENDOSCOPIA	49	65	59
364 - DILACION Y LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	63	67	66
494 - COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC	0	1	1
867 - ESCISION LOCAL Y EXTRACCION DE DISPOSITIVO FIJACION INTERNA EXCEPTO CADERA Y FEMUR, SIN CC	49	47	43
TOTAL	68	69	70

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS CON HOSPITALIZACIÓN TOTALES Y URGENTES 2014-2015

	2014			2015		
	I.Q.T. con hosp.	I.Q.U. con hosp.	% Urgentes	I.Q.T. con hosp.	I.Q.U. con hosp.	% Urgentes
Complejo Asistencial de Ávila	4.784	1.210	25,29	4.495	1.239	27,56
Hospital Santos Reyes	1.629	447	27,44	1.560	446	28,59
Hospital Santiago Apóstol	1.927	569	29,53	1.740	510	29,31
Complejo Asistencial Universitario de Burgos	10.460	2.428	23,21	10.776	2.312	21,46
Hospital El Bierzo	5.549	1.272	22,92	5.182	1.198	23,12
Complejo Asistencial Universitario de León	13.422	2.779	20,70	12.535	2.698	21,52
Complejo Asistencial Palencia	5.749	1.545	26,87	5.590	1.443	25,81
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca	11.850	4.089	34,51	11.514	3.911	33,97
Complejo Asistencial Segovia	4.451	1.297	29,14	4.434	1.261	28,44
Complejo Asistencial Soria	2.844	679	23,87	2.667	611	22,91
Hospital Universitario Río Hortega Valladolid	8.956	1.994	22,26	8.749	1.933	22,09
Hospital Clínico Universitario Valladolid	11.006	2.793	25,38	10.691	2.754	25,76
Hospital Medina del Campo	1.902	482	25,34	1.961	434	22,13
Complejo Asistencial Zamora	5.713	1.500	26,26	5.466	1.462	26,75
Castilla y León	90.242	23.084	25,58	87.360	22.212	25,43



Este nuevo, ambicioso e innovador Plan Estratégico de Eficiencia y de Control y Reducción de las Listas de Espera del Servicio de Salud de Castilla y León (PERYCLES 2015-2019) se estructura en 5 apartados complementarios y sinérgicos:

1. Disminución de las demoras y listas de espera.
2. Gestión de la demanda.
3. Priorización de pacientes.
4. Compromiso e implicación de los profesionales.
5. Información transparente.

A través de los distintos objetivos planteados dentro de estas 5 líneas de trabajo se incide en la mejora de la efectividad y eficiencia de nuestro Sistema como herramienta fundamental para mejorar las listas de espera en sus tres vertientes hospitalarias: Quirúrgica, Consultas Externas y Pruebas Diagnóstico-Terapéuticas, y de control de la demora en Atención Primaria.

1

DISMINUCIÓN DE LAS DEMORAS Y LISTAS DE ESPERA

A. ATENCIÓN HOSPITALARIA

■ Lista de espera quirúrgica

Prioridades y Garantía de espera máxima

Según el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, todas las Comunidades Autónomas tienen la obligación de facilitar información sobre listas de espera a los ciudadanos y establece prioridades para inclusión en lista de espera:

- 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.

Por otra parte, el Decreto 29/2012, de 26 de julio, de modificación del Decreto 68/2008, de 4 de septiembre, por el que se crea el Registro de pacientes en lista de espera de atención hospitalaria y se regulan las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas en el Sistema de Salud de Castilla y León, en su artículo único, establece que los plazos máximos de espera serán los establecidos en el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, para las intervenciones quirúrgicas programadas que en el mismo se relacionan:

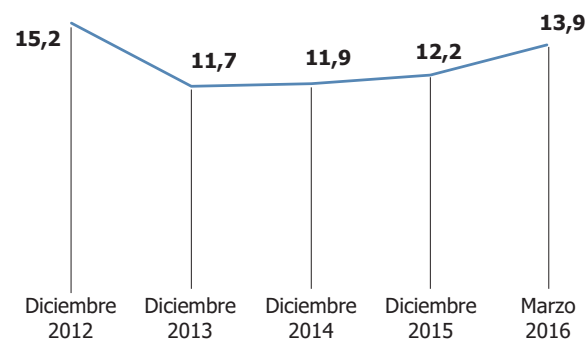
- Cirugía oncológica y cirugía cardiaca no valvular: 30 días naturales.
- Cirugía cardiaca valvular, cirugía cardiaca coronaria, cataratas, prótesis de cadera y prótesis de rodilla: 180 días naturales.

Número de Pacientes

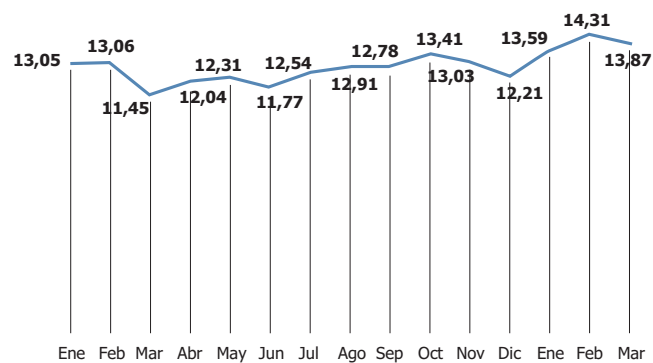
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ) (Nº DE PACIENTES)

	Dic 2012	Dic 2013	Dic 2014	Dic 2015	Marzo 2016
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA	2.911	1.374	1.478	1.467	1.749
COMPLEJO ASISTENCIAL DE BURGOS	6.516	4.135	4.300	3.691	3.828
HOSPITAL SANTIAGO APÓSTOL	997	800	768	687	638
HOSPITAL SANTOS REYES	1.158	611	682	847	764
HOSPITAL DEL BIERZO	2.792	2.413	2.429	2.099	3.566
COMPLEJO ASISTENCIAL U. DE LEÓN	4.235	3.698	3.664	3.737	3.781
COMPLEJO ASISTENCIAL U. DE PALENCIA	953	875	880	861	882
COMPLEJO ASISTENCIAL U. DE SALAMANCA	4.489	3.865	3.733	4.867	6.354
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA	1.796	1.818	1.731	1.639	1.753
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SORIA	593	582	730	617	615
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA	2.753	2.535	2.556	2.864	3.032
HOSPITAL COMARCAL DE MEDINA DEL CAMPO	405	399	477	452	486
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID	5.728	3.890	3.820	3.527	4.021
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA	1.539	1.332	1.499	1.878	1.743
TOTAL	36.865	28.327	28.747	29.233	33.212

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ) (Nº DE PACIENTES)



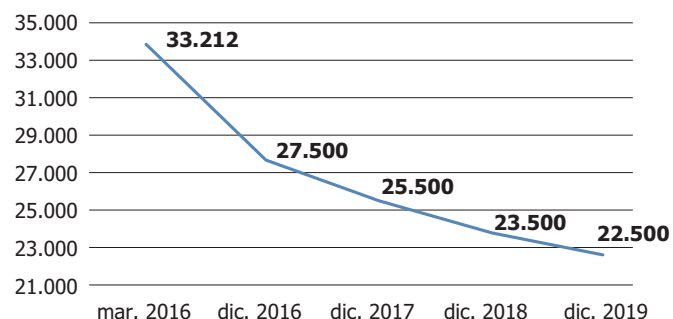
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ) (Nº DE PACIENTES)



En base a estos datos, el Plan Estratégico a través de todas las medidas planteadas, pretende alcanzar los siguientes objetivos anuales, respecto al número de pacientes en lista de espera quirúrgica:

PREVISIÓN LEQ (Nº DE PACIENTES)

Mar 2016	Dic 2016	Dic 2017	Dic 2018	Dic 2019
33.212	27.500	25.500	23.500	22.500

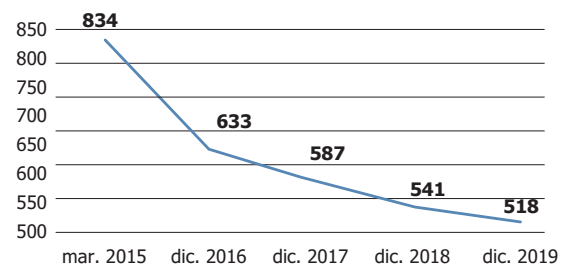


Teniendo en cuenta la proporción de pacientes correspondiente a cada una de las Prioridades en los últimos años (I: 2,3%, II: 12% y III: 85,7%) y aplicando ésta a la previsión de pacientes a lo largo del período de vigencia de Perycles, la evolución del número de pacientes según prioridad quirúrgica sería la siguiente:

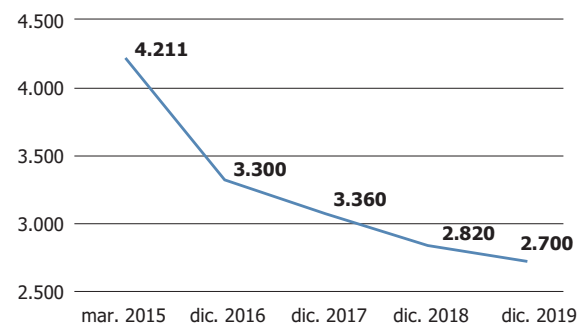
PREVISION DE PRIORIDADES

	MAR 2016	DIC 2016	DIC 2017	DIC 2018	DIC 2019
Total	33.212	27.500	25.500	23.500	22.500
Prioridad I	834	633	587	541	518
Prioridad II	4.211	3.300	3.060	2.820	2.700
Prioridad III	28.167	23.568	21.854	20.140	19.283

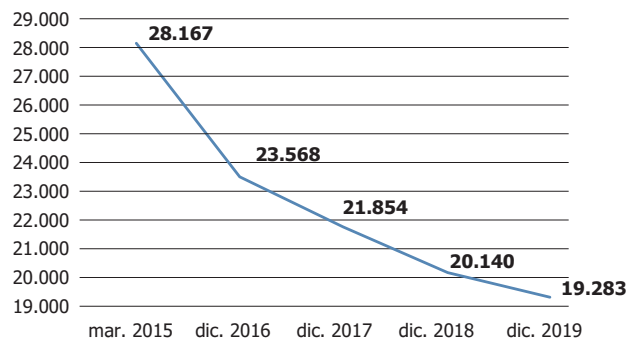
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. PRIORIDAD 1 (2015 2019)



LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. PRIORIDAD 2 (2015 2019)



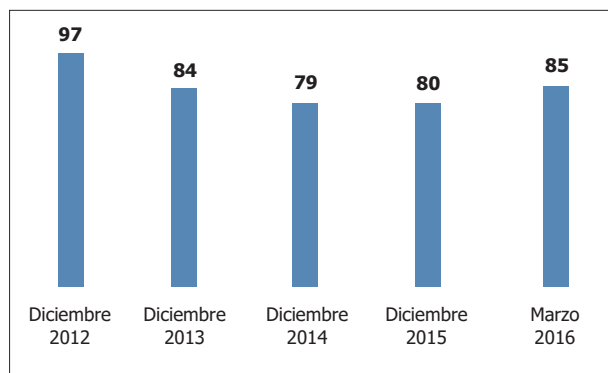
LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. PRIORIDAD 3 (2015 2019)



Demoras

DEMORA MEDIA (Nº DÍAS)

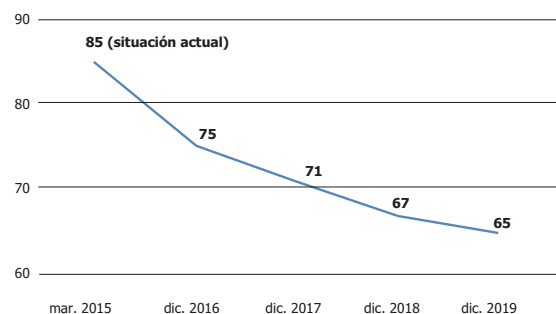
	Dic 2012	Dic 2013	Dic 2014	Dic 2015	Mar 2016
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA	144	72	70	68	66
COMPLEJO ASISTENCIAL DE BURGOS	168	87	93	72	75
HOSPITAL SANTIAGO APÓSTOL	96	91	90	82	68
HOSPITAL SANTOS REYES	137	145	60	77	72
HOSPITAL DEL BIERZO	88	69	90	79	135
COMPLEJO ASISTENCIAL U. DE LEÓN	77	69	69	74	59
COMPLEJO ASISTENCIAL U. DE PALENCIA	40	36	34	37	29
COMPLEJO ASISTENCIAL U. DE SALAMANCA	68	67	79	120	119
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA	67	75	76	82	66
COMPLEJO ASISTENCIAL DE SORIA	44	43	40	39	34
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA	75	87	85	79	81
HOSPITAL COMARCAL DE MEDINA DEL CAMPO	48	44	46	41	39
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID	137	145	104	80	84
COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA	50	46	43	57	55
TOTAL	97	84	79	80	85



De igual forma, el presente Plan Estratégico tiene planteado dentro de sus objetivos fundamentales alcanzar las siguientes PREVISIONES en las demoras medias anuales:

PREVISIÓN DEMORA MEDIA QUIRÚRGICA (Nº DÍAS)

Mar 2016	Dic 2016	Dic 2017	Dic 2018	Dic 2019
85	75	71	67	65

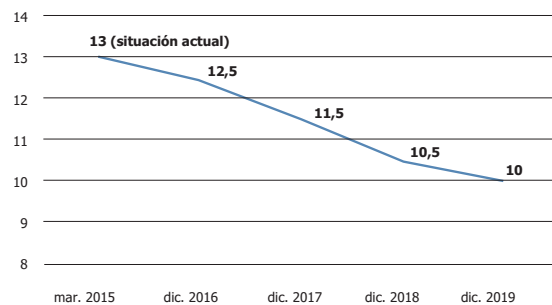


Paralelamente, las medidas puestas en marcha con el Plan Estratégico pretenden conseguir una disminución progresiva de las demoras medias quirúrgicas, diferenciando según prioridad quirúrgica, con la siguiente PREVISIÓN:

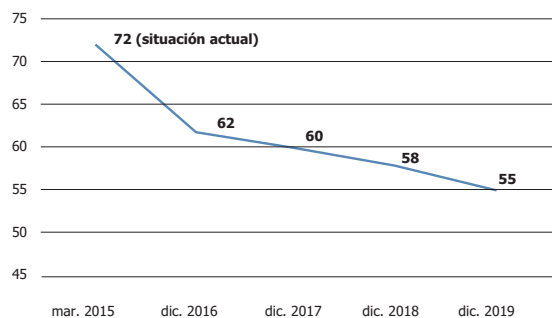
PREVISIÓN PRIORIDADES

	MAR 2016	DIC 2016	DIC 2017	DIC 2018	DIC 2019
Total	85	75	71	67	65
Prioridad I	13	12,5	11,5	10,5	10
Prioridad II	72	62	60	58	55
Prioridad III	89	80	78	76	74

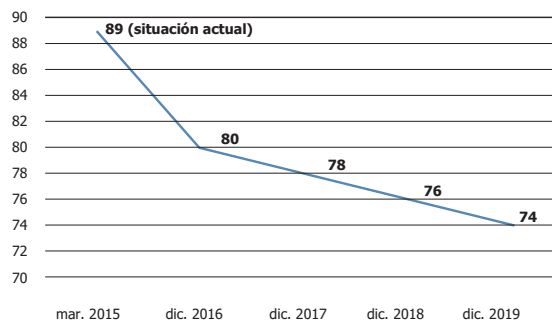
PREVISIÓN DEMORA PRIORIDAD 1 (Nº DÍAS)



PREVISIÓN DEMORA PRIORIDAD 2 (Nº DÍAS)



PREVISIÓN DEMORA PRIORIDAD 3 (Nº DÍAS)



■ Lista de espera de consultas externas y pruebas diagnóstico-terapéuticas

Prioridades

Según el citado Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, se establecen las siguientes prioridades para consulta externa y pruebas diagnóstico-terapéuticas:

- Prioridad 1: solicitud preferente. Aquella que debe realizarse en un periodo máximo de 15 días.
- Prioridad 2: solicitud ordinaria. No se establece periodo máximo.

Número de Pacientes y Demoras

En cuanto a los datos de listas de espera y demoras de pruebas diagnóstico-terapéuticas y consultas externas actuales y su evolución en los últimos años hemos comprobado la gran heterogeneidad que existe en los criterios de inclusión, registros, instrucciones de elaboración, nomenclatura, etc., no solo entre los diferentes servicios de salud sino también entre los centros asistenciales de la misma Comunidad Autónoma, ocasionando una evidente dificultad a la hora de medir, comparar y poder publicar datos de lista de espera y demoras en consultas externas y pruebas diagnóstico-terapéuticas con una validez y una calidad contrastada.

En este sentido ya se han dado pasos importantes en Castilla y León durante estos últimos años, que ahora deben ser acompañados del desarrollo informático y técnico que den soporte a la información y a su correcta gestión.

Es, por tanto, compromiso de esta Plan Estratégico dar visibilidad y transparencia completa a las listas de espera y demoras de pruebas diagnóstico-terapéuticas y consultas externas durante 2017 y 2018, respectivamente, de todos los centros asistenciales del servicio de salud de Castilla y León.

Por otra parte, y aunque el punto de partida no se pueda determinar con la suficiente validez y reproducibilidad, sí podemos establecer

mientras tanto, los compromisos de priorización, de demoras y de trazabilidad de procesos potencialmente graves o de enfermedades oncológicas.

Las actuaciones previstas con la puesta en marcha del Plan estratégico serán progresivas para los próximos cuatro años, siendo el objetivo principal atender la prioridad en función de la sospecha de enfermedades potencialmente graves y, posteriormente, ofrecer información en el Portal de Transparencia y estandarizar los objetivos.

DEMORA MÁXIMA Y MEDIA

Prioridad	LECEX	LETD
Sospecha potencial gravedad	< 72 horas (UDR)(D. Máxima)	Circuito específico UDR
Preferente	< 15 días (D. Máxima)	< 15 días (D. Máxima)
Ordinaria	< 30-40 días (D. Media)	< 30-40 días (D. Media)

LETD (Nº PACIENTES)

2016	2017	2018	2019
	Información Portal Transparencia*	Objetivo** en cada Centro	Objetivo estandarizado**

LECEX (Nº PACIENTES)

2016	2017	2018	2019
	Información Portal Transparencia*	Información Portal Transparencia*	Objetivo** en cada Centro

*Publicación de los datos de Lista de Espera en el Portal de Transparencia

**Los objetivos serán establecidos en ese momento

B. ATENCIÓN PRIMARIA

Nuestro Sistema de Salud se enfrenta actualmente a importantes retos asociados al contexto en el que se desenvuelve, léase la evolución demográfica, la estructura de morbilidad, la evolución de las tecnologías médicas, etc.

Estos retos obligan necesariamente a desarrollar una planificación estratégica dentro de los órganos directivos del Sistema de Salud de modo que pueda hacer frente a las amenazas y oportunidades de su entorno. La satisfacción de los usuarios de la Atención Primaria fue progresivamente en aumento a nivel nacional y de forma paralela en nuestra Comunidad Autónoma, manteniéndose sin embargo estable desde 1.995. Sin embargo, desde hace un tiempo, ha aparecido un problema previamente inexistente, el de las demoras en determinadas épocas del año, que supone una saturación de las consultas de los médicos de familia con esperas no deseables.

A pesar de que Castilla y León es una comunidad autónoma con una buena dotación en Atención Primaria, el problema de las demoras debe ser abordado en profundidad, con objeto de alcanzar unos niveles de accesibilidad óptimos y acordes con las necesidades de nuestros usuarios y con el fundamento de la Atención Primaria como puerta de acceso a nuestro Sistema de Salud, que no es más que la prestación de una asistencia sanitaria esencial y accesible a todos los individuos y familias de la comunidad.

Por ello, dentro de este Plan Estratégico, se revisarán y homogeneizarán las agendas de los Equipos de Atención Primaria (EAP), lo que sin duda, nos permitirá disminuir algunas demoras en la citación de consulta a demanda con la finalidad de que la demora máxima sea inferior a 48 horas a lo largo del desarrollo de PERYCLES, excepto en situaciones excepcionales que deberán ser contempladas y resueltas dentro un Plan de Contingencia.

2 GESTIÓN DE LA DEMANDA

La coordinación asistencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria es una necesidad para cualquier sistema sanitario que tenga entre sus objetivos estratégicos la calidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes. Un ejemplo perceptible es la continuidad asistencial y dentro de ella, la continuidad de cuidados.

La Ley General de Sanidad establece la atención sanitaria en dos niveles asistenciales relacionados entre sí. La continuidad entre ambos supone uno de los principales retos al que los distintos Servicios de Salud se enfrentan con frecuencia. A pesar de los avances, sigue habiendo amplias áreas para la mejora.

La coordinación entre los distintos ámbitos por los que se mueven los pacientes a lo largo de su proceso, tiene impacto en salud y mejora la eficiencia del sistema.

Con este Plan Estratégico pretendemos avanzar en las mejoras relacionadas con la continuidad de cuidados, siendo un marco de referencia para todos los centros de Sacyl, que trabajarán progresivamente para poner en marcha las propuestas planteadas con objeto de conseguir mejorar la continuidad de cuidados entre los diferentes ámbitos asistenciales.

Por ello, se plantea como eje vertebrador en la continuidad entre niveles la convocatoria periódica de la Comisión de Continuidad Asistencial y de Cuidados, que aborde aquellos temas que puedan obstaculizar la atención integral del paciente. Son funciones de esta Comisión, el impulso y evaluación de la continuidad en la atención sanitaria en los procesos que se seleccionen como prioritarios, así como la elaboración de propuestas de mejora.

Como reflejo del carácter prioritario de este fundamento, vamos a avanzar hacia un nuevo modelo regional con una gerencia única Atención Primaria – Atención Hospitalaria, como mecanismo de integra-

ción efectiva, que se realizará de forma progresiva para, previsiblemente, culminar al final de la legislatura con la integración en todas las Áreas de Salud.

Además, es necesario establecer enlaces necesarios para favorecer la comunicación entre todos los profesionales implicados en el seguimiento de un paciente. Deberá promoverse la comunicación entre niveles asistenciales a través de diversas medidas, teléfono directo, correo electrónico, sesiones clínicas conjuntas, implantación de proyectos de Telemedicina, coordinación con centros de Atención Primaria que disponen de ecógrafos para realizar rotaciones en el hospital y apoyo con radiólogo consultor, rotaciones de profesionales de Atención Primaria por Servicios/Unidades Hospitalarias, etc.

Por último y dentro de este objetivo, es importante señalar la elevada variabilidad en la indicación quirúrgica y/o derivación a consulta externa y/o prueba diagnóstico-terapéutica que existe entre los diferentes centros. Queremos disminuir esta variabilidad, que no se justifica por las diferencias poblacionales, demográficas o económicas, sino por la diferente indicación de los profesionales, por lo que es fundamental su implicación en la gestión de la demanda.

Deberemos disponer a lo largo de este año 2016, de un Mapa de Variabilidad que permita detectar de forma gráfica y objetiva estas diferencias en la prescripción, y plantear medidas de mejora que permitan reducir esta injustificada variabilidad.

3

PRIORIZACIÓN DE PACIENTES

En general, las listas de espera se caracterizan por la diversa gravedad tanto sintomática como funcional de los pacientes y por la falta de relación entre éstas y el tiempo de espera. Esto requiere la utilización de algún sistema de priorización de los pacientes según la potencial gravedad y/o el beneficio esperado de la asistencia, y no solamente en función del tiempo de espera en lista.

En nuestro sistema sanitario, y en la mayoría de los de nuestro entorno, la forma tradicional de gestionar las listas de espera ha sido utilizar el tiempo de espera como único argumento explícito para establecer el orden o turno de los pacientes. Algunas sociedades Médicas, como la British Medical Association, han señalado que esto puede entrar en contradicción con otros principios basados en la necesidad del paciente. De hecho, no siempre el paciente que más tiempo espera es el que más necesita la asistencia sanitaria. Esta situación es especialmente manifiesta en los casos en que una intervención médica no influye en la supervivencia del paciente pero sí en el estado funcional y en su calidad de vida (ej. cirugía de cataratas). En estas situaciones, la lista de espera suele ser elevada y con tiempos de espera importantes.

El momento de entrada en la lista de espera ha sido tradicionalmente el único sistema de gestión de las listas de espera. El desarrollo de instrumentos de priorización ha sido la estrategia seguida por algunos países, en función de la necesidad del paciente y del beneficio esperado. En España, el Consejo Interterritorial del SNS, publicó unas recomendaciones sobre la prioridad quirúrgica en función de la urgencia de la enfermedad, que han sido adoptadas por muchas comunidades autónomas, entre ellas, la nuestra, que además ha adoptado un sistema de garantía de demoras para ciertos procedimientos.

Sin embargo, actualmente para la realización de consultas externas y pruebas diagnóstico-terapéuticas no existe un plazo de garantía de demoras máximas establecido normativamente, por lo que Sacyl quiere plantear como objetivo para esta legislatura el establecimiento de un sistema de priorización que ordene a los pacientes según su potencial gravedad, y por lo tanto, accediendo antes los que presumiblemente tienen un mayor riesgo.

En esta línea, queremos potenciar la figura de las Unidades de Diagnóstico Rápido, como dispositivo asistencial dirigido al estudio diagnóstico de pacientes con enfermedades potencialmente graves, incidiendo en el intervalo de la primera visita, es decir, el tiempo transcurrido desde la solicitud de la consulta en la UDR hasta la primera visita en la Unidad.

«No siempre el paciente que más tiempo espera es el que más necesita la asistencia sanitaria»

Además, queremos seguir priorizando la atención sobre los enfermos oncológicos, de forma que aseguremos que cualquier paciente con un proceso oncológico, comenzando por el Cáncer de Mama, sea diagnosticado y tratado lo antes posible. Queremos actuar sobre estos procesos, ya que además de estar en las primeras posiciones de incidencia, prevalencia y mortalidad, son objeto de programas de detección precoz en nuestra Comunidad.

4 COMPROMISO E IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Para que cualquier medida que pretendamos implantar llegue a buen puerto, es clave la contribución de los profesionales, sin ellos, sin su esfuerzo, no conseguiremos alcanzar la eficiencia pretendida.

La sostenibilidad del sistema sanitario público sólo es posible con la colaboración de todos, de forma que contribuyamos a la consolidación y fortalecimiento del modelo público actual.

A través del establecimiento de pactos con los responsables de los servicios/unidades hospitalarias y de los centros de salud, se promoverá la corresponsabilidad de todos en la consecución de los objetivos de este Plan Estratégico y del Plan Anual de Gestión, cuyo cumplimiento estará directamente ligado a medidas de incentivación y reconocimiento.

En este mismo sentido, queremos apostar por el desarrollo profesional y competencial de Enfermería; la preparación de estos profesionales de la salud debe adaptarse a las crecientes demandas de la población en cuanto a los cuidados para los que han sido preparados. Por ello, deberán irse implantando progresivamente consultas de enfermería en atención hospitalaria con funciones y objetivos homogéneos en todo nuestro ámbito geográfico.

5 INFORMACIÓN TRANSPARENTE

En el ámbito de la salud, las Administraciones debemos garantizar el acceso a la información pública con total transparencia, señalando la gestión realizada, los resultados conseguidos y los recursos utilizados para conseguir aumentar la confianza entre los ciudadanos.

En lo que respecta a la asistencia sanitaria, los ciudadanos tienen derecho a que los poderes públicos les informen sobre las prestaciones y servicios disponibles, por lo que, con ese objetivo, pondremos en marcha un Portal de Transparencia en el que el ciudadano pueda acceder fácilmente a toda la información relacionada con los tiempos de espera de los diversos servicios sanitarios así como otro tipo de datos que puedan ser de interés general.

«La sostenibilidad del sistema sanitario público sólo es posible con la colaboración de todos, de forma que contribuyamos a la consolidación y fortalecimiento del modelo público actual»



2 INTRODUCCIÓN

“Podemos cerrar los ojos y mirar hacia otro lado. Pero eso no resolverá nuestros problemas ni los de la sanidad pública, un servicio universal que es de todos y para todos, y que entre todos tenemos la obligación de preservar. La sanidad pública de hoy, pero también la de mañana”

Antonio María Sáez Aguado.
Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León (enero 2012)

Las listas de espera y demoras en la atención sanitaria suponen uno de los problemas más visibles del sistema sanitario público. Seguramente es inevitable que existan, pero debemos garantizar la calidad en la prestación sanitaria, que empieza por atender a los pacientes en el menor tiempo posible, priorizando en función de la gravedad y de la urgencia.

¿Cómo podemos mejorar el funcionamiento de nuestros centros sanitarios sin modificar sus fundamentos, coberturas o calidad?

En primer lugar, identificando y abordando la ineficiencia. Todavía persisten bolsas de ineficiencia. A nuestro entender, en los centros se mide, compara y analiza de forma suficiente pero con un margen de mejora que se hace necesario alcanzar. Debemos procurar que en empresas del conocimiento, como son los centros asistenciales, se vaya incorporando con claridad en la gestión sanitaria el método científico y los indicadores de evaluación de resultados y de eficiencia, básicos para adoptar decisiones, evaluar y mejorar, disponiendo, además, de un caudal de información inmenso y de herramientas para la mejora continua.

En segundo lugar, incorporando cambios organizativos y estructurales y tener valor para mantenerlos. Para ello es indispensable que los profesionales y directivos tengan autonomía y plena asunción de los objetivos y también de las reglas de juego, siendo imprescindible invertir en transparencia, confianza e implicación, en valores, en credibilidad y corresponsabilidad con la Sanidad Pública y, por otra parte, desinvertir en actividad “per se”, en producción ineficiente y en rigidez.

En tercer lugar, aplicando nuestro método de conocimiento: la gestión sanitaria, la evidencia y la misma realidad, para conseguir mover, cambiar, trasladar, girar la dirección de nuestras estructuras. Evidentemente existe un mayor riesgo de desafección por parte de los profesionales ante la incertidumbre que supone el cambio, que solo puede ser contrarrestado con el compromiso, la implicación de toda la organización con su Centro y con su trabajo, y, por otra parte, con la claridad y transparencia de los planteamientos y la credibilidad que se

logre transmitir. La eficiencia no está incardinada en el genoma de un porcentaje importante de profesionales ni de gestores o directivos de la Sanidad Pública, y resulta anecdótica en otros ámbitos. Sin embargo, los profesionales sanitarios sí tienen codificada la eficacia y la efectividad. Por tanto, la percepción de la calidad adolece, por lo general, de su eficiencia.

En definitiva, la gestión sanitaria consiste en garantizar que lo que estamos haciendo en nuestro ámbito sanitario está sirviendo para algo, con un coste soportable, es decir, no es más actividad con buenos resultados, sino abordar la adecuación de la demanda y las necesidades reales de los pacientes con un coste-eficacia determinado y dentro de la evidencia científica.

Con objeto de dar cumplimiento al mandato constitucional de garantizar el derecho a la protección de la salud así como, según la Ley General de Sanidad de abril de 1986, de asegurar el acceso y las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva de todos los ciudadanos, la Gerencia Regional de Salud sigue optando por utilizar como método de trabajo la planificación estratégica para los próximos cuatro años.

Una mejora progresiva y estable de las listas de espera sólo se consigue con una planificación estratégica y, puntualmente, con planes de choque u otro tipo de medidas.

El objetivo fundamental de este Plan Estratégico es la implantación de una estrategia global de eficiencia, determinada a cumplir los objetivos de demoras y listas de espera, priorizar en función de la gravedad o su sospecha, dar transparencia a nuestras actuaciones y a garantizar la sostenibilidad de nuestro Sistema Sanitario.

Con la identificación de 5 objetivos generales y 21 específicos a conseguir durante este período, se han planteado planes operativos semestrales, evaluaciones periódicas, líneas de trabajo y proyectos encaminados a su consecución.

La elaboración de este Plan Estratégico de Eficiencia y de Control y Reducción de las Listas de Espera del Servicio de Salud de Castilla y León

«Una mejora progresiva y estable de las listas de espera sólo se consigue con una planificación estratégica y, puntualmente, con planes de choque u otro tipo de medidas»

se ha iniciado con un exhaustivo ejercicio de análisis y valoración de la situación actual y de la evolución en los últimos cuatro años de cada uno de los centros del Sacyl (Gerencias de Salud de Área, Gerencias de Atención Primaria, Gerencias de Atención Especializada), con la participación de los equipos directivos de cada uno de ellos, técnicos y personal de la Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS), analizando y evaluando índices e indicadores de actividad, eficiencia, resultados, demoras, listas de espera, calidad, seguridad del paciente, reclamaciones, coordinación asistencial, priorización clínica, continuidad asistencial, cartera de servicios, farmacia, índice sintético, gestión de procesos, estrategia de la cronicidad, implantación de cuidados paliativos, unidades de diagnóstico rápido, unidades de convalecencia sociosanitaria, desarrollo de pruebas de cribado, utilización de recursos, demanda asistencial, variabilidad clínica, procedimientos, protocolos, desarrollo metodología EFQM, objetivos institucionales, adherencia a pautas e instrucciones, utilización de jornada, coste / eficacia, coste / oportunidad, planes de mejora, sugerencias, calidad asistencial, módulos de atención continuada, etc.

El análisis de cada Centro se ha presentado en un documento específico desplazándose el Gerente Regional y la DGAS a todas las Áreas para la explicación detallada del contenido y de la estrategia a seguir, de las primeras conclusiones y, por último, estableciendo los objetivos correspondientes al primer semestre de 2016. Es decir, este Plan Estratégico de Eficiencia y de Control y Reducción de las Listas de Espera del Servicio de Salud de Castilla y León (PERYCLES 2015-2019) es un plan que ya está siendo operativo.

De esta primera etapa del Plan Estratégico hemos podido concluir lo siguiente:

1. Gran heterogeneidad entre los centros en el cumplimiento de los objetivos institucionales de listas de espera y demoras y en la utilización de las herramientas de gestión y recursos asistenciales.
2. Existencia de ineficiencias abordables con una estrategia de mejora.
3. La financiación de medidas especiales o planes de choque para reducir demoras y listas de espera no garantizan de forma pro-

porcional el esfuerzo presupuestario con la reducción de las demoras

4. Es el compromiso de los profesionales y de los equipos directivos y su corresponsabilidad con el Sistema Sanitario Público lo que garantiza una adecuada gestión de las demoras y listas de espera.
5. Trabajamos en estructuras rígidas y burocratizadas en donde la eficiencia, el cumplimiento y la excelencia son valorados de forma insuficiente, de tal forma que la financiación deberá seguir de forma prioritaria a la eficiencia.
6. Gran variabilidad en la indicación de pruebas diagnósticas, terapéuticas, quirúrgicas entre centros y dentro de un mismo centro.
7. La posibilidad de conseguir mejorar de forma objetiva, progresiva y mantenida las listas de espera y demoras, con medios propios.
8. No se trata, pues, de mayor actividad, sino de gestionar la demanda y la actividad necesaria y precisa y desinvertir en todo lo que no ofrezca resultados en salud.
9. Gran heterogeneidad en el registro de información sobre Listas de Espera de Consultas Externas y Pruebas Diagnóstico-Terapéuticas entre los distintos centros.

En un contexto de dificultad como el que vivimos, el presente Plan Estratégico, así como los planes operativos semestrales en los que se irá desagregando, se basan en el deseo de consolidar durante esta legislatura un método de gestión transparente por objetivos que se desarrollará a través de la introducción de un mecanismo de seguimiento continuo de los objetivos por parte de la DGAS y la consecución de los mismos por parte de los centros asistenciales. Los objetivos, en todos los casos, son válidos, pertinentes, cuantificables, lógicos, adecuados, factibles, asumibles y necesariamente alcanzables.

El primero, y fundamental, de los objetivos del Plan se corresponde con la reducción de las esperas, tanto a nivel de Atención Primaria mediante la disminución de las demoras para la atención en el primer nivel, como a nivel hospitalario a través de la disminución de las listas

«Los objetivos, en todos los casos, son válidos, pertinentes, cuantificables, lógicos, adecuados, factibles, asumibles y necesariamente alcanzables»

de espera y demoras en sus tres vertientes: Quirúrgica, Consultas Externas y Pruebas diagnóstico-terapéuticas.

El segundo de los objetivos plantea la gestión adecuada de la demanda mediante la eficiencia, la coordinación asistencial y reducción de la variabilidad clínica. Uno de los parámetros más importantes para reducir y controlar las listas de espera no es el incremento de actividad sino la adecuación de la indicación para ser sometido a una determinada técnica o tratamiento y el tiempo establecido para su realización. Ser eficiente no solo supone hacer más con menos sino hacer lo adecuado con los recursos disponibles. Por otra parte, la calidad asistencial empieza por atender a los pacientes en un tiempo razonable.

Con el tercer objetivo buscamos racionalizar la asistencia y las prioridades mediante la implantación de protocolos y procedimientos de priorización en función de la gravedad o de su presunción en los dos niveles asistenciales y de forma coordinada con tiempos y esperas controlados y monitorizados a través de diversos indicadores y/o subcomisiones mixtas para determinados procesos priorizados.

El cuarto objetivo presupone que sin el compromiso e implicación de nuestros profesionales en la consecución de los objetivos de lista de espera, no conseguiremos que este Plan Estratégico alcance el éxito. Es por ello que creemos imprescindible el establecimiento de pactos por parte de los servicios hospitalarios y centros de salud en relación con los objetivos de reducción de listas de espera, demoras, etc., lo que podríamos denominar objetivos propios de cada centro y de coordinación asistencial, con mención específica al desarrollo de competencias.

Finalmente, consideramos imprescindible el derecho de los usuarios a una información de las listas de espera y demoras con calidad y claridad, por lo que debemos garantizar que los ciudadanos de Castilla y León dispongan de una información adecuada y transparente que les permitan ejercer sus derechos.

La estrategia conjunta plantea seguir desarrollando la dirección por objetivos y la búsqueda del compromiso con la eficiencia y la mejora continua, a pesar de las dificultades presupuestarias y del entorno des-

favorable como consecuencia de los ajustes salariales y otras medidas como consecuencia de la crisis. Cuando se avanza en una institución sanitaria pública siempre se lleva el lastre del agravio comparativo de unos centros con otros e incluso dentro del mismo centro, sin embargo, el mejor antídoto es mirar hacia delante, no hacia los lados y menos hacia atrás; por otra parte, la mejor compensación, aunque insuficiente, es la satisfacción por tu trabajo y el reconocimiento de los pacientes y de la Dirección.

Estamos convencidos de que este método de trabajo que asumimos para la presente legislatura surge con la intención de continuar y perpetuarse en el tiempo, siendo su objetivo último servir con una mayor eficiencia y transparencia a los intereses de nuestros ciudadanos en lo relativo a la asistencia sanitaria y buscar fórmulas novedosas para compensar y reconocer a los cumplidores, a todos aquellos que con su trabajo dignifican y sostienen nuestro Sistema de Salud Público de Castilla y León.



3

DESARROLLO Y DESPLIEGUE

¿Qué estrategia adaptamos y cómo la implantamos?

Aquella basada en los siguientes principios y actuaciones:

- Gestión de la demanda: eje principal en el desarrollo de cualquier medida de eficiencia. La demanda en los servicios sanitarios puede ser ilimitada, sin embargo, la oferta no lo es. Los responsables asistenciales deben de conocer cómo y dónde abordar la demanda. La adecuación de la demanda es responsabilidad directa del líder asistencial, como lo es disminuir su variabilidad y ajustarla a los recursos disponibles en la mayor parte de los casos.
- Soberanía Organizativa y gestión de la competencia, es decir, se traspasa el poder de la decisión y también su responsabilidad a cambio del cumplimiento de los objetivos en resultados en un entorno sostenible. El líder asistencial se convierte, pues, en el propio Consejero de Sanidad en su ámbito de trabajo.
- Gestión doméstica. Cada unidad o Servicio funciona de forma doméstica, controlando, o por lo menos, conociendo lo que tengo y en qué lo gasto, promoviendo de esta forma, la microgestión organizativa y asistencial.
- Política informativa y de comunicación, sesiones generales y en los servicios y unidades, estructuradas, explicativas de la situación y, sobre todo, de las reglas de juego. Trabajamos en una institución pública con unas reglas que acomodan fácilmente a la mayoría de los profesionales conociendo que existen límites. Se trata de recabar compromiso con la gestión. De especial importancia es la estrategia informativa con los órganos de asesoramiento y órganos de representación, el denominador común es corresponsabilizar a todas las estructuras en la propia estrategia. Esta política informativa y de comunicación debe ser trasladada también a los pacientes. Es innegable que estamos asistiendo a un cambio hacia un nuevo modelo de paciente que requiere información clara, precisa y comprensible que le permitan protagonizar el Sistema de Salud de Castilla y León.
- Principio de regeneración, la reciente crisis es una gran oportunidad para garantizar un desarrollo compacto y homogéneo de los centros asistenciales. No debe primar la actividad “per se” como tampoco las estructuras ineficientes. Regenerar implica también cercenar lo que ha crecido de forma desmesurada, incontrolada, sin aportar valor real y lo obsoleto e ineficiente.
- Gestión clínica de la Sanidad Pública, medir, comparar, analizar y mejorar. Los profesionales sanitarios son los verdaderos gestores de los recursos que ofrece el sistema. No debe de existir disociación entre los criterios clínicos, terapéuticos y epidemiológicos en los que basamos nuestro desempeño profesional (método científico y evidencia) de las decisiones derivadas de un uso adecuado y responsable de los recursos, es decir, gestión clínica. Gestionar es medir, comparar y evaluar, por tanto, la gestión clínica es parte inherente de nuestro quehacer profesional.
- Desarrollo competencial de Enfermería: en los centros asistenciales modernos, como son los de Castilla y León, las prestaciones y competencias de enfermería se deben desarrollar especialmente en donde aporten valor al proceso asistencial y, además, eficiencia. Nos replanteamos la utilización más adecuada y productiva de nuestros recursos e incluir la gestión de los pacientes en las competencias de enfermería. Un aspecto de especial importancia en este sentido ha sido la creación e implantación de las consultas específicas de enfermería de Atención Hospitalaria cuyas funciones principales son complementar la Cartera de Servicios en determinados aspectos propios de enfermería, buscar eficiencia en sus actuaciones, colaborar en la gestión de la demanda y, en ocasiones, liderar procesos asistenciales garantizando la coordinación y la continuidad asistencial.

Una vez definida la estrategia debemos basar nuestras actuaciones en la credibilidad de nuestros planteamientos y en la certeza de que es el mejor camino.

El Plan Estratégico de Eficiencia y de Control y Reducción de las Listas de Espera del Servicio de Salud de Castilla y León (PERYCLES) es un Plan dinámico, pertinente, flexible, adecuado a las necesidades cam-

«Una vez definida la estrategia debemos basar nuestras actuaciones en la credibilidad de nuestros planteamientos y en la certeza de que es el mejor camino»



biantes de los pacientes, que parte de una situación real y objetiva. Con él establecemos una hoja de ruta para alcanzar su finalidad: mejorar las listas de espera y las demoras, priorizar en función de la gravedad y de la urgencia y conseguirlo de un forma eficiente y sostenible, aportando una información adecuada, clara y transparente a los pacientes, para que puedan ejercer sus derechos.



4 OBJETIVOS

- OBJETIVO 1. DISMINUCIÓN DE LAS DEMORAS Y LISTAS DE ESPERA
- OBJETIVO 2. GESTIÓN DE LA DEMANDA
- OBJETIVO 3. PRIORIZACIÓN DE PACIENTES
- OBJETIVO 4. COMPROMISO E IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES
- OBJETIVO 5. INFORMACIÓN TRANSPARENTE

ÍNDICE OBJETIVOS

OBJETIVO 1. DISMINUCIÓN DE LAS DEMORAS Y LISTAS DE ESPERA

1.1. Reducir el número de pacientes y la demora en las listas de espera de Atención Hospitalaria.

1.1.1. Reducir las Listas de Espera Quirúrgicas (LEQ)

- 1.1.1.1. Cumplimiento de las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas
- 1.1.1.2. Adecuación de los pacientes en LEQ según prioridad
- 1.1.1.3. Utilización óptima de los recursos públicos
- 1.1.1.4. Reducción del número de pacientes en LEQ
- 1.1.1.5. Comisión de programación quirúrgica

1.1.2. Reducir las Listas de Espera de Consultas Externas (LECEX)

- 1.1.2.1. Impulsar los recursos asistenciales de alta resolución
 - Consultas de Alta Resolución
 - Unidades de Continuidad Asistencial
- 1.1.2.2. Reorganización de algunas especialidades hospitalarias

1.1.3. Reducir las Listas de Espera de Pruebas Diagnóstico-Terapéuticas (LETD).

- 1.1.3.1. Mejorar los rendimientos en el uso de las técnicas diagnóstico-terapéuticas

1.2. Reducir las demoras en Atención Primaria

OBJETIVO 2. GESTIÓN DE LA DEMANDA

- 2.1. Integración efectiva Atención Primaria-Atención Hospitalaria
- 2.2. Interconsultas no presenciales
- 2.3. Aumentar la resolución de Atención Primaria
- 2.4. Mejorar la gestión de las listas de espera. Depuraciones administrativas
- 2.5. Disminuir la variabilidad en la indicación y derivación.

OBJETIVO 3. PRIORIZACIÓN DE PACIENTES

- 3.1. Unidades de Diagnóstico Rápido
- 3.2. Constitución de la Subcomisión Mixta de Cáncer de Mama

OBJETIVO 4. COMPROMISO E IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES

- 4.1. Establecimiento de pactos por servicios hospitalarios y centros de salud
- 4.2. Instauración de incentivos asociados al cumplimiento y consecución de los objetivos institucionales
- 4.3. Consultas de enfermería de Atención Hospitalaria. Competencias Avanzadas

OBJETIVO 5. INFORMACIÓN TRANSPARENTE

OBJETIVO 1. DISMINUCIÓN DE LAS DEMORAS Y LISTAS DE ESPERA

1.1. REDUCIR EL NÚMERO DE PACIENTES Y LAS DEMORAS EN LAS LISTAS DE ESPERA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

	ABRIL-JUNIO 2016				DICIEMBRE 2016			
	ESTÁNDAR	Resultado	Observaciones	Cumplimiento (Sí/No)	ESTÁNDAR	Resultado	Observaciones	Cumplimiento (Sí/No)
1.1.1.Reducir Número de pacientes y demoras en las Listas de Espera Quirúrgicas (LEQ)								
Nº de pacientes en LEQ para cirugía oncológica o cirugía cardíaca no valvular con espera $\geq$ a 30 días	0				0			
Nº de pacientes en LEQ para cirugía cardíaca valvular, cirugía cardíaca coronaria, cataratas, prótesis/sutitución de prótesis de cadera o rodilla con espera $\geq$ a 180 días	0				0			
Nº de pacientes incluidos en LEQ como prioridad 1 que esperan más de 30 días	0				0			
Nº de pacientes incluidos en LEQ como prioridad 2 que esperan más de 90 días	0				0			
Rendimiento de los quirófanos	> 76%				> 76%			
Porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas	x				x			
Procedimiento para la justificación de las suspensiones quirúrgicas por causas ajenas al paciente.	Implantado							
Reducción del número de pacientes en LEQ	x				x			
Reducción de la demora media de LEQ					X			

*Si los objetivos planteados de LEQ no se cumplen deberá remitirse un Acta de la Comisión de Programación Quirúrgica explicando los motivos así como las medidas de mejora para su consecución.

1.1.2. Reducir las Listas de Espera de Consultas Externas (LECEX)

Reducción del número de pacientes en LECEX	x				x			
Registro de todas las Consultas de Alta Resolución en HPHIS					Registrado			
% pacientes G3 que acuden a la UCA desde Atención Primaria, Urgencias y Atención Hospitalaria	x				x			

1.1.3. Reducir las Listas de Espera de Pruebas Diagnósticas (LETD)

Reducción del número de pacientes en LETD	x				x			
---	---	--	--	--	---	--	--	--

1.2. REDUCIR LAS ESPERAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

	ABRIL-JUNIO 2016				DICIEMBRE 2016			
	ESTÁNDAR	Resultado	Observaciones	Cumplimiento (Sí/No)	ESTÁNDAR	Resultado	Observaciones	Cumplimiento (Sí/No)
Reducción de la demora en la citación de consulta a demanda en AP	x				x			
Elaboración de un Plan de Contingencia					Elaborado			

OBJETIVO 2. GESTIÓN DE LA DEMANDA

*El objetivo fundamental de este punto consiste en la creación de la Comisión de Continuidad Asistencial, que deberá reunirse periódicamente (cada 3-4 meses) siendo documentada cada reunión con Acta que recoja los compromisos adquiridos.

1.1. REDUCIR EL NÚMERO DE PACIENTES Y LAS DEMORAS EN LAS LISTAS DE ESPERA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA

	ABRIL-JUNIO 2016				DICIEMBRE 2016			
	ESTÁNDAR	Resultado	Observaciones	Cumplimiento (Sí/No)	ESTÁNDAR	Resultado	Observaciones	Cumplimiento (Sí/No)
2.2. Elaboración del sistema de registro y contabilidad de las interconsultas no presenciales entre A. Hospitalaria y AP					Realizado			
2.3. Establecimiento de criterios de prioridad en el Catálogo de Pruebas Diagnósticas de CyL en función de la gravedad.					Realizado			
2.4. Depuraciones administrativas de las listas de espera (Acta)	Reuniones trimestrales				Reuniones trimestrales			
2.5. Elaboración de un MAPA DE VARIABILIDAD (Anexo I)					Realizado			

OBJETIVO 3. PRIORIZACION DE PACIENTES

3.1. UNIDADES DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO

	ABRIL-JUNIO 2016				DICIEMBRE 2016			
	ESTÁNDAR	Resultado	Observaciones	Cumplimiento (Sí/No)	ESTÁNDAR	Resultado	Observaciones	Cumplimiento (Sí/No)
Pacientes que acceden a UDR que atendidos en un plazo inferior a 72 horas (laborales)	100%				100%			

3.2. SUBCOMISIÓN MIXTA CÁNCER DE MAMA

Constitución de la Subcomisión					Constituida			
Registro de casos					Registro			
Valorar la propuesta de trazabilidad elaborada por los expertos					Propuesta trazabilidad			

OBJETIVO 1

DISMINUCIÓN DE LAS DEMORAS Y LISTAS DE ESPERA

1.1. REDUCIR EL NÚMERO DE PACIENTES Y LA DEMORA EN LAS LISTAS DE ESPERA DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

Nadie cuestiona la trascendencia que las listas de espera tienen en todos los ámbitos sanitarios, públicos, sociales, políticos, sindicales y, muy especialmente, en los pacientes.

Además, el hecho de que el paciente espere para que su problema de salud sea diagnosticado y tratado, genera una notable incertidumbre que tiene un impacto negativo sobre el modo de vivir su enfermedad, con independencia de la influencia que el retraso en la intervención sobre una enfermedad pueda tener sobre el curso de la misma.

Sobre esta base de incertidumbre actúa como un factor potenciador la repercusión mediática que suponen las listas de espera, lo que las convierte en el principal indicador del estado de salud de una organización sanitaria, relegando a un segundo plano otros factores que son igual o más decisivos para determinar el buen funcionamiento de los centros sanitarios.

Políticas de comunicación adecuadas con los pacientes, unidas a propuestas de actuación clínica basadas en la evidencia científica pero explicadas en un lenguaje comprensible sirven para que el paciente pueda participar en la toma de decisiones sobre cómo abordar su problema de salud, así como los plazos adecuados para ello, evitando así que esa espera tenga un impacto negativo sobre su salud.

La actual política de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud es contundente en este sentido: cumplimiento de los objetivos institucionales de lista de espera y demoras.

Por ello, a lo largo de estos meses, desde el inicio de la legislatura, hemos continuado recopilando toda la información referente a la situación de las listas de espera y demoras en cada uno de los centros asistenciales del Sacyl.

Dicha información ha sido sometida a un riguroso y minucioso análisis, que ha tenido en cuenta el contexto y particularidades de cada centro. Es por ello que los objetivos planteados en este documento, que han sido ya transmitidos y negociados con las correspondientes gerencias, son objetivos factibles, asumibles y, que, aunque pudieran parecer poco ambiciosos en algunos casos, no son más que un punto de inflexión hacia el cambio progresivo y paulatino que queremos conseguir a lo largo de estos 4 años.

Los objetivos serán sometidos a análisis continuos permitiendo así la introducción de medidas inmediatas de mejora, planes de choque puntuales o cualquier otra acción que permitan ayudar a su consecución. Se evaluarán, al menos inicialmente, de forma semestral, proponiendo en cada uno de estos momentos de valoración nuevos objetivos y planteamientos que permitan continuar la tendencia descendente de las listas de espera.

1.1.1. Reducir las listas de espera quirúrgicas (leq)

1.1.1.1. Cumplimiento de las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas

Desde la publicación del Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del SNS y posteriormente el Decreto 29/2012, de 26 de julio, que modifica el Decreto 68/2008, de 4 de septiembre, por el que se crea el Registro de pacientes en lista de espera de atención hospitalaria y se regulan las garantías de espera máxima en intervenciones quirúrgicas programadas en el SNS, se puso en marcha un proceso de priorización de los pacientes en espera para intervención quirúrgica en base al proceso, cuya orientación es mejorar la equidad como uno de nuestros principales valores.

En esta línea, este plan estratégico plantea como objetivos generales para todos los centros el cumplimiento de estas prioridades y garantías de la siguiente forma:

- Ningún paciente en LEQ para cirugía oncológica o cirugía cardíaca no valvular esperará más de 30 días desde su entrada en la lista de espera.

«Políticas de comunicación adecuadas, unidas a propuestas de actuación clínica basadas en la evidencia científica pero explicadas en un lenguaje comprensible sirven para que el paciente pueda participar en la toma de decisiones sobre cómo abordar su problema de salud»

- Ningún paciente en LEQ para cirugía cardíaca valvular, cirugía cardíaca coronaria, cataratas, prótesis/sustitución de prótesis de cadera o rodilla, esperará más de 180 días desde su entrada en la lista de espera.

1.1.1.2. Adecuación de los pacientes en LEQ según prioridad

Debemos seguir insistiendo en la necesidad de priorizar la atención, en este caso la quirúrgica, en función de la gravedad de los casos y no solo en base al tiempo de demora en la lista de espera. La aplicación de la priorización en las intervenciones quirúrgicas atendiendo a la gravedad quedó establecida normativamente por el Anexo III del RD 605/2003, de 23 de mayo por el que se establecen las medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el SNS.

Los criterios de inclusión en cada prioridad son establecidos por el facultativo en el momento de indicar la intervención quirúrgica, al ser el máximo conocedor de la situación clínica y social del paciente.

En este sentido, los objetivos generales planteados a todos los centros se concretan como:

- Ningún paciente prioridad 1 superará los 30 días en Lista de Espera Quirúrgica.
- Ningún paciente prioridad 2 superará los 90 días en Lista de Espera Quirúrgica.

1.1.1.3. Utilización óptima de los recursos públicos

Si el incremento de la demanda no se corresponde con un aumento de la actividad, el crecimiento de las listas de espera es progresivo, lo que implica que, si no se planifican adecuadamente los recursos disponibles y no se gestiona la demanda, las listas de espera seguirán incrementándose de forma paulatina hasta límites en los que nuestros recursos no puedan asumirlas.

Por ello, se requiere una adecuada programación y optimización de los recursos, con objeto de mantener las listas de espera dentro de unos límites razonables, de manera que se disponga de la capacidad necesaria durante toda la jornada ordinaria

Por lo tanto, se deberán optimizar los tiempos dentro de los quirófanos, de forma que no haya espacios vacíos ineficientes. Con la colaboración de todo el personal sanitario se podrán ir realizando todas aquellas intervenciones, que siendo cortas, pueden ocupar un espacio en el quirófano, para ir reduciendo las listas de espera de esas intervenciones.

Otro punto de mejora de los tiempos se encamina a la reducción de las suspensiones quirúrgicas, que si bien no puedan llegar a desaparecer, sí deben tender a ser las mínimas. Así, entendemos que una suspensión de una intervención quirúrgica programada motivada por causas ajenas al paciente, supone un grave trastorno no solo para el paciente y su entorno personal y familiar, sino también para los propios profesionales del centro y por último para la institución de la que todos formamos parte, ya que la pérdida de ese tiempo quirúrgico tiene consecuencias presupuestarias, laborales e incluso puede suponer un riesgo innecesario al que se somete al paciente y a su dignidad como persona.

Un elevado índice de suspensión refleja un manejo inadecuado de los recursos, por lo que, se deberán articular procedimientos para evitar o, al menos minimizar, estas situaciones, de forma que los huecos que pudieran quedar libres por una suspensión quirúrgica deberían ocuparse a través de mecanismos de actuación rápida (ej: disponer de una bolsa de pacientes “preavisados” gestionada por Admisión que puedan acudir inmediatamente para sustituir esa suspensión).

La gestión dependerá de las Direcciones Médicas de los centros conjuntamente con los Servicios de Admisión, de forma que se intente evitar que haya quirófanos sin utilizar.

Además, desde las Direcciones de los centros se deberá habilitar la utilización de alguna herramienta de control (Informe de suspensión quirúrgica, ver Anexo IV) que permita disponer de la mayor información posible en cada caso con el fin de conocer y analizar, en tiempo real, las circunstancias que han motivado la suspensión. Este informe de suspensión quirúrgica deberá identificar tanto al paciente, como al médico/s responsable/s de dicha anulación, como el motivo. El formulario deberá estar disponible para todos los profesionales y cualquier

suspensión deberá ser comunicada a la Dirección Médica por escrito por parte del médico que ha decidido suspender, concretando el motivo y responsabilizándose de ella. Además, en aquellos casos de suspensiones “insuficientemente motivadas”, se recabará toda aquella información necesaria que permita esclarecer la situación.

Reflejo de todo lo anteriormente expuesto, se plantean los objetivos siguientes:

- El rendimiento de los quirófanos debe ser $\geq 76\%$.
- El Índice de Suspensiones Quirúrgicas deberá ser inferior a un porcentaje específico por centro.
- Implantación de un Procedimiento para la justificación de las suspensiones quirúrgicas por causas ajenas al paciente.

1.1.1.4. Reducción del número de pacientes en LEQ y de las demoras medias:

El eje central de este plan estratégico se cimienta en este apartado, que no traduce más que la necesidad de reducir el tiempo en que nuestros ciudadanos reciben la asistencia necesaria, lo que sin duda, se considera un indicador primordial de satisfacción en los castellanos y leoneses.

Con el compromiso de ofrecer unos tiempos de espera razonables, y teniendo en cuenta la realidad de cada uno de nuestros centros, se han incorporado objetivos de reducción del número de pacientes en LEQ que, como ya se ha indicado anteriormente, se consideran asumibles y realizables con los medios propios disponibles en cada uno de ellos.

Estos objetivos son específicos de cada centro, en base a la idiosincrasia de cada uno de ellos, aunque de forma inicial el planteamiento es el siguiente:

- Reducir el número de pacientes en LEQ en un porcentaje variable (oscila entre 2,5% y 10%) respecto a las cifras de Junio 2015, con evaluación semestral y asunción de nuevos objetivos para el siguiente periodo. Así, sucesivamente y de forma semestral durante el periodo de vigencia de Perycles (2015-2019).

- Reducir las demoras medias de LEQ con respecto a los datos de diciembre de 2015 en evaluación anual y en los días determinados.

1.1.1.5. Comisión de programación quirúrgica:

Con el fin de mantener un control exhaustivo de las listas de espera quirúrgicas así como de todas las posibles incidencias, todos los centros deberán disponer de una Comisión de Programación Quirúrgica que, al menos quincenalmente, y si es posible, semanalmente, revise la lista de espera, haciendo hincapié en los pacientes con mayor prioridad clínica, siguiendo con los afectados por la garantía de demora. Además deberá revisar la actividad realizada, rendimientos de quirófano, anulaciones/ suspensiones, así como la programación propuesta para el siguiente periodo (en base a tiempos medios del centro), con objeto de plantear medidas que mejoren la eficiencia de los quirófanos. Esta comisión deberá contar con la participación de miembros de la Dirección Médica y Dirección de Enfermería, Admisión y personal de Anestesia y/o jefes quirúrgicos o en quien deleguen levantando acta de todas las cuestiones analizadas, actuaciones propuestas y seguimiento realizado.

- En caso de incumplimiento de los objetivos de LEQ se remitirán a la DGAS las actas de la Comisión de programación quirúrgica, analizadas por la Comisión de Dirección del Centro, explicitando las medidas que se instaurarán para el cumplimiento de los objetivos de lista de espera quirúrgicos.

1.1.2. Reducir las listas de espera de consultas externas (lecex)

Como consecuencia de múltiples factores, la demanda de Atención Hospitalaria es muy elevada, la capacidad de gestión de citas de consulta externa de los servicios hospitalarios en ocasiones se desborda apareciendo, inevitablemente, las listas de espera para las consultas de Atención Hospitalaria. Las listas de espera y los retrasos en la atención son una de las principales causas de insatisfacción para los pacientes afectando igualmente de forma negativa al profesional sanitario.

El abordaje del problema debe contemplar varios aspectos fundamentales, que de forma coordinada conseguirán resultados satisfactorios.

«Las listas de espera y los retrasos en la atención son una de las principales causas de insatisfacción para los pacientes afectando igualmente de forma negativa al profesional sanitario»

El control de la derivación de pacientes a las consultas hospitalarias mediante protocolos consensuados y programas de formación continuada, es un aspecto primordial a tener en cuenta.

Sin una implicación del primer nivel de atención en el control de las derivaciones al ámbito hospitalario, se hace muy difícil la gestión de las listas de espera. Otro punto importante es el control del índice de revisiones generadas en la propia consulta del especialista mediante el desarrollo de protocolos de alta de los pacientes a Atención Primaria u otras áreas asistenciales.

Por todo ello, a continuación se detallan algunas medidas cuyo fin último es conseguir reducir las listas de espera de Consultas Externas, y que como indicador clave definimos:

- Reducir el número de pacientes en LECEX en un porcentaje específico por centro, con evaluación semestral y asunción de nuevos objetivos para el siguiente periodo.
- Reducir las demoras medias de LECEX con respecto a los datos de diciembre de 2017 en evaluación anual y en los días determinados.

1.1.2.1. Impulsar los recursos asistenciales de alta resolución

- Consultas de Alta Resolución (CAR):

En los últimos años, tanto a nivel hospitalario como en centros de especialidades, se vienen implantando Consultas de Alta Resolución, como herramientas de gestión que tratan de organizar la asistencia en torno al paciente, de forma que, para determinados procesos, el mismo día que el paciente acude a la consulta del especialista pueda obtener el diagnóstico y el tratamiento, o al menos, la orientación terapéutica.

Esto nos ha obligado a cambiar la forma de trabajo de los profesionales, seleccionar previamente los procesos susceptibles de alta resolución y elaborar protocolos que definan las pruebas complementarias precisas para cada uno de ellos; exigiendo una perfecta y continua coordinación con Atención Primaria para la selección de los pacientes, y la creación de dispositivos específicos de

coordinación para gestionar citaciones e integrar resultados, además de precisar disponibilidad de unidades de apoyo de Laboratorio y Radiodiagnóstico.

Por ello, en este apartado el objetivo que se plantea es conseguir una homogeneidad de la información acerca de estas consultas de alta resolución para en una segunda fase disponer de un registro en nuestros sistemas de información sobre el tipo y la disponibilidad de las CAR todas las áreas de salud.

- En 2016 se deberá realizar un análisis de situación de estas unidades, por lo que se deberán registrar en HPHIS las consultas de alta resolución de cada centro con unos criterios homogéneos.
- Posteriormente, se pondrán en marcha medidas de mejora que permitan disponer de un porcentaje razonable de estos dispositivos en cada uno de los centros (estándar que se establecerá en 2017).
- Unidades de Continuidad Asistencial (UCA):

Estos dispositivos asistenciales, englobados dentro de la Estrategia de Atención del Paciente Crónico, comenzaron a funcionar en 2013 y están dirigidos a los enfermos más vulnerables, los Pacientes Crónicos Pluripatológicos Complejos, catalogados como G3 según el modelo de estratificación empleado en Castilla y León, que requieren atención médica y cuidados de forma continuada y un abordaje multidisciplinar e individualizado a lo largo de todo su proceso clínico, así como una actuación proactiva y preventiva sobre los factores de riesgo de descompensación.

De este modo, y a través de un sistema de conexión "directa y fluida" entre los dos niveles asistenciales, el profesional de Atención Primaria en coordinación con el equipo de la UCA puede valorar conjuntamente cómo abordar mejor la situación de descompensación de su paciente.

Si el paciente precisara atención específica en la Unidad, en general se optará por reajustar su tratamiento para estabilizar su situación y derivar a Atención Primaria, administrar algún tipo de tratamiento en sus puestos de hospital de día, o ingresar en régimen de observación, programando desde el ingreso el alta precoz (≤ 72 horas) y evitando actuaciones que en estos pacientes no reportan ningún valor añadido.

«Sin una implicación del primer nivel de atención en el control de las derivaciones al ámbito hospitalario, se hace muy difícil la gestión de las listas de espera»

El fin último de estas unidades, es, por tanto, el de mejorar la calidad de vida y capacidad funcional de los pacientes, ofreciéndoles una asistencia rápida, coordinada, continuada, segura y de calidad, evitando peregrinajes por las diferentes unidades del ámbito hospitalario.

Por lo tanto, y con objeto de conocer el nivel de cobertura de esta Unidad, para este año plantearemos el siguiente indicador:

- Número y porcentaje de pacientes G3 que acceden a la UCA a través de Atención Primaria, Urgencias y Atención Hospitalaria.

1.1.2.2. Reorganización de algunas especialidades

El empleo eficiente de las personas supone garantizar que todo el sistema está organizado para que cada profesional realice aquellas actividades para las que solo él está preparado evitando duplicidades y retrasos innecesarios en la asistencia de pacientes. Esto supone que es necesario revisar qué prestaciones de la cartera de servicios de determinadas especialidades hospitalarias pueden ser realizadas por profesionales sanitarios no médicos que cuenten con la formación adecuada.

Un ejemplo puede ser la graduación de la agudeza visual, que en la actualidad supone aproximadamente el 21% de las esperas en Oftalmología, siendo una de las especialidades hospitalarias que acumula mayores demoras dentro del sistema sanitario público de Castilla y León.

Probablemente, muchas de estas citas podrían ser asumidas por otros profesionales sanitarios con experiencia clínica, que fueran capaces de asumir los exámenes de salud visual y del seguimiento periódico de ciertos pacientes.

Esto permitiría que acudieran al oftalmólogo aquellos pacientes que presenten algún trastorno patológico de sus capacidades visuales, y por lo tanto, los facultativos especialistas se dedicarían a aquello en lo que no pueden ser sustituidos por otro profesional.

De forma similar, a lo largo del cuatrienio, deberá valorarse la posibilidad de ser más eficientes en ciertas prestaciones que actualmente sobrecargan las listas de espera de determinadas especialidades, y que puedan ser abordables por otros profesionales o recursos disponibles.

- Publicar la cartera de servicios desagregada de cada Centro Sanitario de Sacyl, segundo semestre de 2016 (nivel de desagregación básico).
- Realizar estudio de las prestaciones de cartera de servicios con la finalidad de valorar qué procedimientos pueden ser realizados por profesionales sanitarios no médicos durante 2017.

1.1.3. Reducir las listas de espera de técnicas diagnósticas (letd)

1.1.3.1. Mejorar los rendimientos en el uso de las técnicas diagnóstico-terapéuticas

Las listas de espera hay que abordarlas optimizando el rendimiento de las infraestructuras hospitalarias, y en este punto concretamente, de los equipos de diagnóstico. Una mayor eficiencia en la utilización de los recursos físicos disponibles puede mejorar significativamente la actividad asistencial, por lo tanto la utilización eficiente de las tecnologías diagnósticas puede permitir una reducción importante de los tiempos de demora.

Esto, sin duda alguna, con el apoyo de los profesionales. Así, podrían alcanzarse acuerdos para aumentar la actividad por la mañana y realizar pruebas diagnóstico-terapéuticas por las tardes, y en determinadas tecnologías, sábados y domingos; lo que sin duda permitirá aumentar el rendimiento de los recursos públicos.

Por lo tanto, aquellos servicios o unidades cuyos indicadores estén por debajo de la media, deberán presentar planes para aumentar la productividad.

En función del cumplimiento y de los objetivos marcados, los acuerdos se irán renovando o modificando.

Así, el objetivo de este apartado consistirá en reducir la lista de espera de pruebas diagnósticas, que, según el centro, deberá suponer una reducción en todas las técnicas o específicamente en alguna que por diferentes motivos esté inadecuadamente elevada.

- Reducir el número de pacientes en LETD en un porcentaje variable, con evaluación semestral y asunción de nuevos objetivos para el siguiente periodo, y así, sucesivamente, durante los siguientes periodos.
- Reducir las demoras medias de LETD con respecto a los datos de diciembre de 2018 en evaluación anual y en los días determinados.

1.2. REDUCIR LAS DEMORAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Desde hace un tiempo, nuestro sistema de Atención Primaria de Salud se enfrenta, por primera vez, al problema de las demoras para acceder a las consultas de los profesionales de nuestros centros de salud, situación que ha sido parcialmente resuelta con la reciente reestructuración de Atención Primaria.

Sin embargo, algunas de las consultas de los médicos de familia están frecuentemente saturadas, siendo necesario determinar si la organización de las agendas de trabajo es causa o consecuencia de esta saturación. Lo que sí es una evidencia es el desequilibrio entre la oferta de consultas y su demanda, coexistiendo con una mayor exigencia por parte de los ciudadanos en cuanto a accesibilidad y continuidad asistencial.

El problema, por tanto, exige para su resolución, un balance entre oferta y demanda de visitas. A lo largo de esta presente legislatura se va a hacer un importante esfuerzo con objeto de revisar y homogeneizar la estructura de las agendas de los EAP de forma que exista uniformidad en todos los centros de salud en cuanto a las agendas de profesionales, procedimientos, técnicas y exploraciones complementarias que puedan realizar nuestros profesionales sanitarios, y se adapten a la nueva realidad existente derivada de los cambios en las jornadas de trabajo y de los cambios demográficos y epidemiológicos de la población.

Esta homogenización, no debe ser entendida como una restricción al profesional en la organización de su trabajo, sino como una fórmula que permita analizar la actividad, los resultados en salud de la población atendida y sobre todo como un método para planificar la previsible demanda espontánea o urgente, mediante la reserva de tiempo o

recursos para ésta, planificar las situaciones previsibles de demanda elevada: lunes, epidemia de gripe, festividades, etc., y las variaciones en la oferta: periodos de vacaciones, bajas, congresos y jornadas, etc.

Por otra parte, el desarrollo profesional de enfermería hace cada vez más pertinente una mayor asunción de competencias, especialmente en el paciente crónico, que se debe traducir en una reordenación de la atención en criterios de adecuación, trabajo en equipo y resolución de problemas asistenciales.

En resumen, a lo largo de estos cuatro años, y centrándonos en el primer nivel, los objetivos planteados son:

- Disminución de la demora en la citación de consulta a demanda en AP (consultas de médicos y enfermería -Centros de Salud Urbanos inicialmente) con el objetivo, al finalizar el desarrollo de PERYCLES, de que la demora máxima no sea mayor a 48 horas, salvo circunstancias excepcionales a las que darán respuesta los planes de contingencia.
- Elaboración de un Plan de Contingencia que permita dar respuesta a las posibles incidencias que puedan suponer una elevada demanda.
- Desarrollo de competencias avanzadas de enfermería en Atención Primaria que permitan redistribuir la demanda asistencial del paciente crónico entre los profesionales, bien de forma conjunta o bien de forma individualizada.

«Desde hace un tiempo, nuestro sistema de Atención Primaria de Salud se enfrenta, por primera vez, al problema de las demoras para acceder a las consultas de los profesionales de nuestros centros de salud»

OBJETIVO 2

GESTIÓN DE LA DEMANDA

Desde que la Ley General de Sanidad estableciera la atención sanitaria en dos niveles asistenciales interconectados entre sí: Atención Primaria como puerta de entrada de los usuarios al sistema y Atención Hospitalaria como apoyo y complemento, necesaria para todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera, la continuidad asistencial y de cuidados entre ambos niveles ha sido un reto para los diferentes servicios de salud con distintos resultados.

La continuidad asistencial requiere que en todo momento la información sobre el paciente y/o sus cuidados esté disponible y sea fácilmente transferible de unos profesionales a otros.

Para lograr este propósito es necesario disponer de una historia clínica electrónica compartida que permita que la información sobre el paciente sea visible para todos los niveles y elaboración de procesos asistenciales en los que estén reflejadas las actuaciones que es aconsejable que cada profesional realice. Ambas herramientas son ya una realidad en nuestra Comunidad, si bien necesitan de un impulso para que su implantación y su uso se consoliden progresivamente en todas las Áreas de Salud.

Además, los Planes Anuales de Gestión de Sacyl con sus centros asistenciales favorecen la eliminación de cualquier barrera en la continuidad asistencial entre niveles mediante aspectos que permiten por un lado una visión continuada de la atención de los ciudadanos y por otro la necesaria coordinación e integración del proceso asistencial, con la referencia del paciente como eje vertebrador.

Es en el seno de la Comisión de Continuidad Asistencial y de Cuidados donde se deberán abordar todos aquellos temas que interfieran en esta atención integral de los pacientes analizando la situación real de cada centro derivador y cada especialidad hospitalaria, y adquiriendo compromisos que permitan, por una parte adecuar la demanda solicitada a la oferta real y eficiente, evitando, con ello, listas de pacientes que conllevan elevadas demoras, y, por otra parte, disminuir la gran variabili-

dad existente en diversos servicios y unidades, adecuando la demanda a los indicadores de Sacyl o, al menos, de hospitales de su grupo.

- Por lo tanto, y como objetivo general en este segundo apartado del Plan, se deberán mantener periódicamente reuniones de esta Comisión de Continuidad Asistencial y Cuidados o de las Subcomisiones operativas que se creen al respecto, que estarán integradas por directivos de ambos niveles y que deberán documentarse con actas que recogerán los compromisos que permitan adecuar la oferta de atención hospitalaria y la demanda de atención primaria para asistir a los pacientes según los objetivos institucionales y evitar las demoras.

2.1 INTEGRACIÓN EFECTIVA ATENCIÓN PRIMARIA-ATENCIÓN HOSPITALARIA

Para planificar bien los servicios sanitarios y asegurar que estos respondan con calidad a la demanda de los ciudadanos, la mejor estrategia es utilizar un modelo que permita integrar en una misma gestión la asistencia primaria, la hospitalaria y la sociosanitaria, de forma que se atienda a las necesidades de cada individuo en su nivel más óptimo, cercano y eficiente posible, que en la mayoría de los casos es la Atención Primaria.

Esto significa historia clínica única, protocolos y guías clínicas unificadas, pruebas diagnóstico- terapéuticas no duplicadas y diálogo y coordinación entre niveles asistenciales.

Teniendo en cuenta la realidad sanitaria actual, principalmente debido a los nuevos patrones de enfermedad y el incremento exponencial del gasto sanitario, la sostenibilidad del sistema nos obliga a plantear un nuevo modelo organizativo basado en la integración de niveles asistenciales como herramienta para afrontar esta nueva etapa caracterizada por el incremento de las enfermedades crónicas.

El nuevo modelo regional apuesta por una gerencia única como mecanismo de integración progresivo permitiendo la eliminación de escalones asistenciales, evitando duplicidades y aumentando así la eficiencia

global del sistema. La atención de cada proceso se ubicará en el nivel más adecuado y eficiente, potenciando el papel de la Atención Primaria como puerta de acceso al sistema y primer contacto con el ciudadano.

Con este fin, a lo largo de la presente legislatura, Sacyl avanzará hacia la nueva configuración de este modelo asistencial, comenzando por aquella Áreas más fácilmente abordables, con el propósito de continuar progresivamente en la misma línea en toda la Comunidad. De especial importancia en la integración operativa del proceso asistencial destaca, como hemos referido anteriormente, la Comisión de Continuidad Asistencial y de Cuidados

Esta Comisión adoptará las medidas precisas y necesarias para que la información clínica del paciente (tanto el informe de derivación del médico de familia, de enfermería y del trabajador social) como la respuesta, contengan los datos clínicos, diagnósticos, terapéuticos y de cuidados sociales necesarios para la correcta información del proceso asistencial, así como el alta/revisión del proceso.

2.2 INTERCONSULTAS NO PRESENCIALES

Otro aspecto interesante es promover la interconsulta no presencial favoreciendo la comunicación entre profesionales y niveles, y mejorando la gestión de las interconsultas entre atención primaria y atención hospitalaria, evitando a la vez desplazamientos a los pacientes y agilizando las valoraciones por parte del hospital.

Este tipo de consultas facilitará el trabajo y la comunicación a los profesionales sanitarios, ya que permiten dar una respuesta rápida, eficaz y de alta resolución a los médicos y enfermeras de AP, sin necesidad de valorar presencialmente determinados casos, priorizando la consulta presencial según la situación del paciente.

Por ello, a través de la Comisión de Continuidad Asistencial y de Cuidados se deberán habilitar fórmulas y circuitos de comunicación ágiles, rápidos y directos entre los profesionales de ambos niveles asistenciales, bien a través del correo electrónico, teléfono directo o bien mediante el desplazamiento del profesional al centro de salud o viceversa.

Por parte de los médicos del hospital, se deberá priorizar sobre aquellos EAP e incluso sobre aquellos profesionales más demandantes, no solo mediante el contacto telemático sino también realizando sesiones clínicas conjuntas donde puedan abordarse los problemas existentes.

- Así, a lo largo de 2016/ 2017 deberán establecerse los distintos cauces directos y estandarizados de comunicación Atención Primaria-Atención Hospitalaria, quedando a disposición de cada área la forma de registrar y contabilizar estas asistencias.

2.3 AUMENTAR LA RESOLUCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

Dentro del global de listas de espera, el volumen de pacientes a los que afectan las demoras para consultas externas es el mayor, habiendo además una dependencia entre especialidades hospitalarias o necesidad de pruebas complementarias. La falta de coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria incide en altos índices de derivación por lo que la continuidad asistencial deberá optimizarse de forma que la Atención Primaria asuma un mayor seguimiento de los pacientes en su nivel.

Es prioritario, para ello, mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria. Los médicos de Atención Primaria deben aumentar su nivel de resolución diagnóstica y terapéutica apoyándose en la disponibilidad de tiempo y espacio para estudiar a los pacientes, manejando los recursos diagnósticos a su alcance y fortaleciendo su protagonismo en el sistema y coordinándose con los servicios sanitarios.

El objetivo es aumentar la capacidad de resolución de la Atención Primaria dotándola de una mayor participación en el proceso asistencial del paciente y favoreciendo la comunicación y la coordinación con el ámbito hospitalario.

Todas las líneas de trabajo dentro de este objetivo persiguen un primer nivel asistencial más resolutorio y con una mayor participación en todo el proceso de atención a la enfermedad, favoreciendo la coordinación con el segundo nivel. Por todo esto, en el año 2010 la Consejería de Sanidad, presentó el “Catálogo de Pruebas Diagnósticas Básicas en Cas-

«Los médicos de Atención Primaria deben aumentar su nivel de resolución diagnóstica y terapéutica apoyándose en la disponibilidad de tiempo y espacio para estudiar a los pacientes»

tilla y León”, con objeto de facilitar a los médicos de Atención Primaria una herramienta de trabajo que mejorara su capacidad de resolución. Es por tanto preceptivo en todas las Áreas la garantía de acceso a las mismas, siendo tutelado su cumplimiento por la Comisión de Coordinación Asistencial y de Cuidados

Además, otras experiencias que permiten incrementar esta capacidad resolutoria del primer nivel son las que siguen:

- Proyectos de telemedicina, que son útiles tanto para el diagnóstico como para el seguimiento e imprescindibles para resolver en tiempo real las problemáticas de los pacientes y descongestionar las consultas de algunas especialidades hospitalarias con alta demanda (Dermatología, Oftalmología, Psiquiatría, Cardiología).
- Impulsar la formación de los especialistas en medicina de familia para aumentar y mejorar el uso de los ecógrafos en Atención Primaria, con objeto de agilizar e incrementar la precisión diagnóstica, evitar derivaciones innecesarias y aumentar la capacidad de resolución.

La cuestión que subyace en este planteamiento, es la de garantizar que las derivaciones sean las que deben de ser y que el entorno del paciente no es el hospital sino la Atención Primaria.

- Por lo tanto, y como ya se ha indicado anteriormente, a través de la Comisión de Continuidad Asistencial, se deberán recuperar aquellos acuerdos que permitan garantizar el acceso de los médicos de Atención Primaria a las pruebas diagnósticas incluidas en el Catálogo de Pruebas Diagnósticas Básicas en Castilla y León, estableciendo en el 2017 criterios de prioridad en función de la presunción de gravedad.
- El Servicio de Admisión del hospital cuantificará las pruebas diagnóstico-terapéuticas, remitiendo semestralmente la información desagregada a las Gerencias de Atención Primaria (GAPs) y a la DGAS, comparándola con Medora.

2.4 MEJORAR LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA. DEPURACIONES ADMINISTRATIVAS

Para hacer frente con eficacia a las listas de espera lo fundamental es disponer de información veraz de cada uno de los centros, depurando de forma periódica y sistemática (trimestral) las listas de espera. En este proceso, deberán participar los Servicios de Admisión y los respectivos Jefes de Servicio/Unidad, ya que, en ciertos casos, y debido al tiempo de demora, puede haberse modificado la situación del paciente (hasta un 20% de los pacientes en listas de espera media elevada no acuden cuando son citados por diversos motivos: cambio en la indicación, resolución del proceso, etc.).

Con esta sistemática de trabajo, no sólo se ayuda a disponer de información más veraz sobre los pacientes que realmente están esperando, sino que pueden contribuir a la reducción real de las listas por evitar pérdidas innecesarias de actividad (horas de quirófano, horas de consulta, etc.) que se producen cuando los pacientes no acuden a las citas.

- Por lo tanto, deberá elaborarse Acta de estas reuniones en las que se concreten las actuaciones llevadas a cabo para conseguir este filtrado y el resultado de las mismas.

2.5 DISMINUIR LA VARIABILIDAD EN LA INDICACIÓN Y DERIVACIÓN

Los médicos son los encargados de establecer el umbral de necesidad médica a partir del cual un paciente debe ser intervenido o tratado. Sin embargo, los criterios que guían esta decisión no suelen ser homogéneos. Puede haber diferencias significativas en cuanto a la probabilidad de recibir un mismo tratamiento, entre pacientes con la misma dolencia.

El hecho de que exista variabilidad en la práctica médica no supone, necesariamente, un problema de gestión o de praxis inadecuada, ya que puede explicarse por diferencias en los patrones de morbilidad, diferencias demográficas y/o socio-económicas; sin embargo, cuando responde principalmente a diferencias en la actuación de los profesionales sanitarios, se convierte en un problema por poder conducir a indicaciones inapropiadas de tratamientos e intervenciones diagnósticas o terapéuticas.

«Para hacer frente con eficacia a las listas de espera lo fundamental es disponer de información veraz de cada uno de los centros, depurando de forma periódica y sistemática las listas de espera»

Es necesario reducir la variabilidad diagnóstica-terapéutica, como elemento fundamental en la indicación de la prescripción. Es esencial implicar a los profesionales en la gestión de la demanda de los Servicios, mediante pactos o consensos de indicación de derivación amparados en la evidencia científica o en los protocolos actualizados y validados.

Además, debe ejercerse un control sobre el índice de revisiones generadas en la propia consulta del especialista, mediante el desarrollo de protocolos de alta de los pacientes.

Por lo tanto, en primer lugar, debemos conocer el número y las medias de las indicaciones diagnósticas y terapéuticas, derivaciones, interconsultas,...de los diferentes Servicios/Unidades hospitalarios y EAP, así como de cada uno de sus componentes, con el fin de describir y cartografiar, a través de un Mapa de Variabilidad, las diferentes tasas de prescripción entre nuestros profesionales y centros/Servicios.

Este Mapa de Variabilidad, proveerá información sistemática de las tasas de indicación de consultas externas, pruebas diagnóstico-terapéuticas e inclusión en lista de espera quirúrgica, y nos permitirá sugerir posibles causas y proponer recomendaciones para mitigar las variaciones injustificadas (pactos por objetivos con los profesionales, formación específica, etc.).

También, se podrán crear grupos de trabajo entre profesionales de ambos niveles asistenciales para optimizar las derivaciones de los pacientes con las pruebas imprescindibles para que las primeras consultas sean más resolutivas así como ensayar un sistema de retroalimentación a los profesionales de las derivaciones efectuadas y los estándares actualizados.

Por ello, en esta línea, y como función tanto de las gerencias de Atención Primaria y Especializada como de la Comisión de Continuidad Asistencial y de Cuidados, se plantean las siguientes medidas:

- Análisis de situación de aquellos Servicios/Unidades hospitalarias o EAP con mayor variabilidad en la derivación para consultas externas y/o pruebas diagnóstico-terapéuticas o en la inclusión en Lista de Espera Quirúrgica, utilizando los indicado-

res de Sacyl, con objeto de identificar la mayor variabilidad y poder actuar con planes de mejora cuantificables, que conlleven una disminución objetiva de la variabilidad.

Durante el año 2016 las Gerencias deberán elaborar un MAPA de VARIABILIDAD (Ver Anexo I) y, en el último trimestre, el plan de mejora, estableciendo la reducción a conseguir en aquellos servicios, unidades o EAPs con mayor desviación, durante el primer semestre de 2017.

- Establecimiento de protocolos consensuados sobre inclusión en lista de espera quirúrgica validados por el responsable asistencial.
- Desarrollo de pactos entre los servicios y unidades y los EAPs sobre demanda de derivaciones a consultas hospitalarias y solicitudes de pruebas diagnósticas.
- Desarrollo de protocolos de altas de los pacientes en las consultas de Atención Hospitalaria a Atención Primaria o hacia otras áreas asistenciales.

En esta misma línea, y con el objetivo, entre otros, de disminuir la variabilidad en la indicación y/o derivación, en el año 2013 se puso en marcha en España el proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas” cuyo fin fundamental es disminuir el uso de prácticas sanitarias innecesarias, entendiendo por ello aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias y que, por otra parte, pueden suponer un riesgo para la seguridad del paciente.

Desde entonces, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha elaborado, en colaboración, con 20 sociedades científicas de nuestro país, un grupo de recomendaciones de “no hacer”, siguiendo las experiencias de otros países como la Choosing Wisely de EEUU o la desarrollada por el NICE de Reino Unido.

Con estos listados todos salimos ganando, porque no sólo sirven para mejorar la atención al paciente sino que contribuyen también a disminuir el gasto sanitario y, seguramente, a reducir la realización de algunas pruebas, consultas o intervenciones que de una forma rutinaria

están instauradas en el quehacer diario de nuestros profesionales, sin que supongan ninguna mejora en el abordaje del paciente.

Por ello, la Gerencia Regional de Salud quiere apostar por implementar de forma paulatina y priorizada algunas de las recomendaciones a través del Pacto Anual de Gestión.

OBJETIVO 3 PRIORIZACIÓN DE PACIENTES

Sacyl quiere plantear como objetivo de esta legislatura el establecimiento de un sistema de priorización explícito que permita diferenciar a los pacientes en función de su potencial gravedad y por tanto, de su mayor riesgo.

De esta forma se facilitará el acceso prioritario a los pacientes con procesos presumiblemente más graves en base a criterios clínicos. La priorización de pacientes no incide directamente sobre el tiempo de espera medio ni repercute en el tamaño de la lista de espera, pero sí actúa sobre el resultado, es decir, ordenar a los pacientes de una determinada manera hace que las intervenciones realizadas en primer lugar sean las que proporcionan una mayor beneficio total diagnóstico y terapéutico, entendiendo este también como nivel de satisfacción, de seguridad, output sanitario, etc. Por ello, la priorización contribuye a un mayor bienestar social y una mayor equidad en el acceso ya poder asegurar la preferencia clínica en virtud de la sospecha asistencial.

Así, además de establecer objetivos de espera media para el acceso a ciertas especialidades hospitalarias/ patologías o para la realización de ciertas pruebas, queremos disponer de garantías adicionales de plazo máximo para determinadas especialidades/ patologías o pruebas.

3.1 UNIDADES DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO (UDR)

En esta línea de trabajo, desde el año 2012, Sacyl dispone en todos los hospitales de referencia de Área de Unidades de Diagnóstico Rápido,

que han supuesto un espectacular cambio organizativo asistencial para mejorar la utilización hospitalaria y, en especial, su adecuación. Suponen dispositivos asistenciales que garantizan un estudio más ágil de aquellos pacientes con patologías potencialmente graves, ofreciendo una respuesta rápida independientemente del circuito de procedencia del paciente.

A pesar de los buenos resultados de estas unidades, queremos potenciar aún más la utilización eficiente de este recurso, que agilizará y coordinará el uso de los diferentes procedimientos diagnósticos y muchas veces podrán evitar el ingreso hospitalario.

Debería generalizarse esta sistemática de trabajo de estas Unidades en otras unidades asistenciales, de tal forma que algunas especialidades hospitalarias puedan disponer también de un circuito prioritario ante la sospecha de gravedad.

- Por ello, como objetivo prioritario para este primer año del Plan Estratégico, queremos garantizar que ningún paciente subsidiario de utilizar este recurso, tenga una espera superior a 3 días laborables, para ser atendido.

Este objetivo será valorado semestralmente mediante informe realizado por el responsable de la UDR y validado por la Dirección Médica correspondiente. En caso de no cumplimiento, se deberá informar de las medidas puestas en marcha para alcanzar el objetivo.

Siguiendo en esta línea, para la Gerencia Regional de Salud, la atención a los enfermos oncológicos ha sido y es una de las prioridades fundamentales desde que se asumió la gestión de la asistencia sanitaria en 2002.

Por ello, a lo largo de los últimos años se han puesto en marcha numerosas medidas de mejora, que pasan por la ampliación de la cartera de servicios ofertada, el incremento de recursos materiales y humanos destinados a oncología, la mejora de las instalaciones y la renovación/adquisición de equipamiento médico.

Todas las medidas tienen por objeto que los pacientes con sospecha de procesos oncológicos puedan ser diagnosticados de forma temprana y

«Sacyl quiere plantear como objetivo de esta legislatura el establecimiento de un sistema de priorización explícito que permita diferenciar a los pacientes en función de su potencial gravedad y por tanto, de su mayor riesgo»

tratados de manera más eficaz o, en su caso, utilizar los oportunos cuidados paliativos que precisen.

Por ello, dentro de este Plan Estratégico supone una prioridad fundamental todas aquellas actuaciones que permitan la atención de los pacientes con sospecha de proceso oncológico, lo mejor y antes posible. En esta línea, planteamos, inicialmente, el control exhaustivo de uno de los procesos oncológicos que son objeto de programa específico de detección precoz en nuestra Comunidad, el Cáncer de Mama.

3.2 CONSTITUCIÓN DE LA SUBCOMISIÓN MIXTA DE CÁNCER DE MAMA

En los últimos años se han producido importantes avances en el diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria, con gran impacto en el manejo de las pacientes con Cáncer de Mama. Destacan medidas como la extensión de los programas poblacionales para la detección precoz, la introducción de nuevas pruebas de imagen para su estudio, desarrollo de técnicas de biopsia percutánea y la técnica de Biopsia Selectiva de Ganglio Centinela, así como la utilización de los Test Genómicos para valorar la indicación el tipo de tratamiento, entre otros.

Todo ello nos ha permitido el diagnóstico de tumores en estadio precoz, la disminución de la morbilidad en los tratamientos y la mejora de la supervivencia y calidad de vida de las mujeres con Cáncer de Mama y, cada vez con mayor frecuencia, su curación total.

Con objeto de efectuar un seguimiento y evaluación del cumplimiento de los tiempos de espera a lo largo del recorrido de la paciente o en los casos de sospechas de enfermedad, independientemente de la puerta de entrada (Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama-PDPCM o sospecha desde Atención Primaria u otra especialidad médica), se deberá constituir una Subcomisión Mixta de Cáncer de Mama, en cada una de las áreas de salud, con las siguientes características:

Miembros

Esta Subcomisión tiene carácter multidisciplinar y estará integrada por miembros de ambos niveles asistenciales, siendo designado uno de ellos como Responsable:

- Representante de la Dirección Médica del hospital, y, en su caso, Dirección Médica de Atención Primaria, además de un representante del Servicio Territorial de Sanidad correspondiente.
- Especialistas de: Ginecología y/o Cirugía General, Oncología Médica y Radioterápica (en los centros que disponen de la especialidad), Anatomía Patológica, Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear (en los centros que disponen de la especialidad) y cualquier otro que se considere oportuno en cada centro (Sº de Admisión).

Funciones

Son funciones de la Subcomisión Mixta de Cáncer de Mama:

- Registro de casos: Deberá designarse un responsable del mismo que asegure la recogida de todos los casos indicando las vías de entrada (PDPCM, Atención Primaria, Atención Hospitalaria) y los tiempos de espera entre las diversas actuaciones diagnóstico-terapéuticas que permitan efectuar la trazabilidad de cada uno de ellos.
- Efectuar el seguimiento y control de todos los casos de sospecha de cáncer de mama, con objeto de garantizar el cumplimiento de los tramos de tiempo establecidos para cada una de las vías de acceso, así como recomendaciones de actuación para alcanzarlos progresivamente en todos y cada uno de los casos.
- Las reuniones deberán ser cuatrimestrales y estarán documentadas mediante actas que recojan, entre otros aspectos, el cumplimiento de los tiempos estándar establecidos en la trazabilidad y los compromisos adquiridos. Estas actas deberán ser validadas por la Comisión de Dirección hospitalaria y por el Gerente de Atención Especializada/Gerente de Atención Primaria, según el Área, y se remitirá copia de cada una de ellas a la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Objetivos

Dentro de la presente estrategia de mejora y en el seno de esta Subcomisión, el objetivo fundamental es que las pacientes con cáncer de mama sean diagnosticadas y tratadas por el sistema de salud público de Castilla y León en un tiempo máximo establecido por los expertos

desde la sospecha. Para ello, se plantean de forma progresiva los siguientes objetivos específicos:

Año 2016:

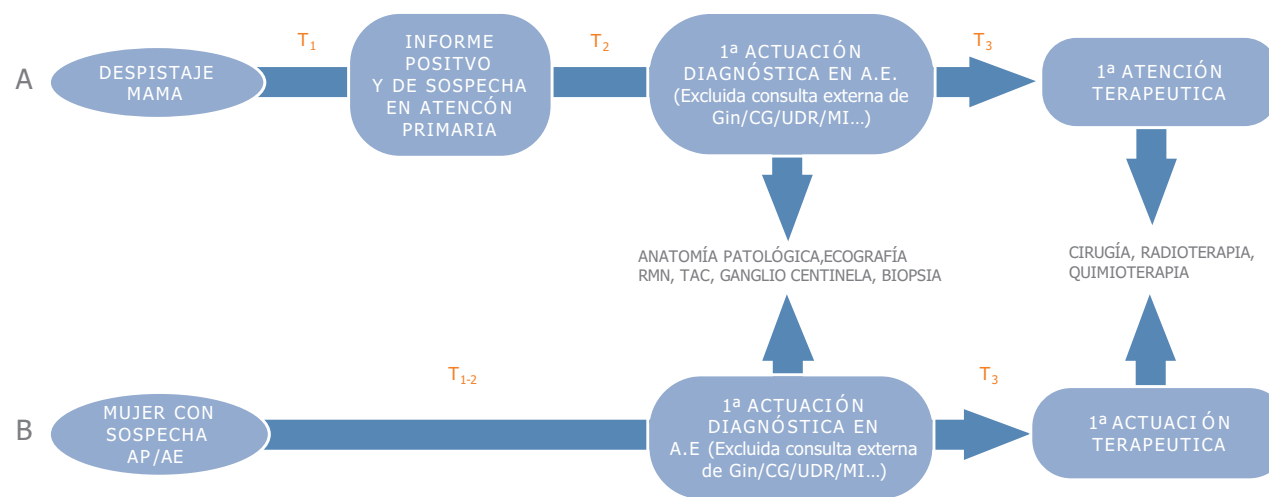
- Constitución de la Subcomisión Mixta de Cáncer de Área con remisión de la respectiva acta.
- Elaboración del registro de casos con la recogida de los siguientes datos: medio de acceso, tiempos entre actuaciones diagnóstico-terapéuticas y cualquier otro dato que permita un adecuado control del cumplimiento de los procesos.
- Estudio por parte de la Subcomisión Mixta de Cáncer de Área de la propuesta de trazabilidad, realizada por los expertos, estimando los tiempos entre las diferentes actuaciones, y en base al modelo que se presenta a continuación.

Año 2017:

- Revisión de los estándares y elaboración de un documento de consenso entre todas las Subcomisiones Mixtas de Área que incluya estándares homogéneos para toda la Comunidad.
- Cumplimiento del 95% de los objetivos de trazabilidad establecidos por los expertos.
- Remisión de los datos al Portal de Transparencia, desagregado por Áreas de Salud.

**NOTA: debemos responder a la pregunta:
¿Cuánto tiempo tardamos en diagnosticar y tratar a
las mujeres con cáncer de mama en la Sanidad Pública
de Castilla y León?**

SUBCOMISIÓN MIXTA DE CÁNCER DE MAMA



OBJETIVO 4 COMPROMISO E IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES

El sistema sanitario público y, concretamente, el de la Comunidad de Castilla y León es uno de los mejores sistemas sanitarios, habiendo logrado unos excelentes resultados de calidad en salud. Sin embargo, el actual contexto socioeconómico nos ha obligado a hacer un esfuerzo adicional que ha permitido garantizar la pervivencia del sistema.

Esta labor se debe realizar a través de un trabajo conjunto de la Administración con los profesionales sanitarios, ya que son sus decisiones las que orientan el sistema.

Por ello, cualquier medida estará abocada al fracaso sin la motivación, implicación y corresponsabilización de los profesionales con el sistema sanitario público.

A través de las siguientes propuestas, nuestros profesionales serán y se sentirán partícipes de los éxitos que logremos:

4.1 ESTABLECIMIENTO DE PACTOS POR SERVICIOS HOSPITALARIOS Y CENTROS DE SALUD SOBRE LOS OBJETIVOS DE PERYCLES (OBJETIVOS PROPIOS)

En base a la soberanía organizativa y a la gestión clínica el establecimiento de pactos con los servicios hospitalarios y centros de salud pretende potenciar la actitud de liderazgo de sus Jefes/Responsables o Coordinadores. Por lo tanto, es responsabilidad de cada uno de ellos difundir dicho pacto entre sus profesionales de forma que lo conozcan y lo asuman como suyo con el fin de fomentar la corresponsabilidad de todos ellos en la estrategia, diseño de alianzas, acuerdos de gestión de la demanda, de control de la variabilidad y, en definitiva, en la consecución de los objetivos

Dichos pactos deberán especificar los objetivos a alcanzar, la actividad a realizar, la asignación de incentivos y la propuesta de valoración y seguimiento de metas, la dinámica de las relaciones para el seguimiento, valoración y evaluación de los objetivos, metas e indicadores establecidos.

Todos los aspectos deberán tener un soporte documental mediante actas o libro de actas.

4.2 INSTAURACIÓN DE INCENTIVOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO Y CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES

La incentivación irá ligada al cumplimiento de los objetivos definidos en el Plan Anual de Gestión y a los de Perycles que permitirá recompensar a quien mejor trabaja o con un mayor nivel de calidad.

Perycles se constituye como herramienta novedosa cuyo fin es la reducción de las listas de espera y demoras de forma mantenida y progresiva, de forma eficiente y sostenible. Por otra parte, la soberanía organizativa de los centros dispone de margen suficiente para incentivar de forma responsable y proporcionada a los miembros de los equipos, unidades, y servicios que demuestren su compromiso con la institución, que no es otro que la atención del paciente usando para ello, de forma útil, eficaz y eficiente los recursos que Sacyl pone a su disposición.

4.3 CONSULTAS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN HOSPITALARIA. DESARROLLO DE COMPETENCIAS AVANZADAS

Los nuevos retos en la gestión sanitaria entre los que se encuentran, las nuevas tecnologías, el aumento de pacientes con edades avanzadas y enfermedades crónicas, los efectos del envejecimiento sobre los patrones de las enfermedades etc..., precisan de cambios en el sistema que permitan que nuestro modelo sanitario sea además de un modelo de calidad, un modelo sostenible. El desarrollo de la profesión de enfermera debe ser una de las palancas de dicho cambio. Las funciones de esta profesión, son cada vez mayores y más necesarias a la hora de asegurar la prestación de servicios, mantener los cuidados y necesidades, abordar problemas en salud pública y de educación sanitaria.

El desarrollo profesional y competencial de la enfermería, unido al trabajo en equipo con el resto de los profesionales, son una apuesta por la modernización del sistema, la racionalización de los recursos, la ampliación de la cartera de servicios (especialmente en cuidados específicos y en manejo de pacientes crónicos pluripatológicos complejos), la mejor gestión de la demanda y la continuidad asistencial.

**«La incentivación
irá ligada al
cumplimiento de los
objetivos definidos
en el Plan Anual de
Gestión y a los de
Perycles que
permitirá
recompensar a
quien mejor trabaja
o con un mayor
nivel de calidad»**

La enfermería es una profesión comprometida capaz de asumir mayor autonomía en distintos ámbitos, su desarrollo permitirá mejorar los cuidados, impulsar la continuidad asistencial desarrollando planes integrales de cuidados, facilitar la promoción integral de la salud y velar por la seguridad del paciente.

El desarrollo y potenciación de las consultas propias de enfermería en el ámbito hospitalario y el desarrollo de las competencias avanzadas de enfermería, son dos líneas de trabajo a desarrollar y en las que avanzar de forma progresiva.

Ya se ha iniciado el trabajo en la normalización de las consultas de enfermería en el ámbito hospitalario, entendiendo como tal un desarrollo homogéneo de éstas en los hospitales. El primer paso está siendo trabajar en la elaboración de un documento general que sirva como marco en la implementación de las consultas y que recogerá distintos puntos como: definición, dependencia, cartera de servicios, circuito de pacientes, agendas, medios materiales y humanos, registros de actividad y evaluación (indicadores). En dicho documento quedará definido también el procedimiento para la inclusión de nuevas consultas de enfermería en la cartera de servicios de cada hospital.

Las primeras consultas con las que se espera trabajar, son las que en el estudio de situación realizado aparecen como las más consolidadas en nuestros hospitales: neurología, cirugía (ostomías, heridas), endocrinología y respiratorio.

El desarrollo, potenciación y normalización de estas consultas permitirá el desempeño de las competencias de enfermería de forma autónoma a la hora de proporcionar los cuidados oportunos a fin de promover, proteger y restaurar la salud de los pacientes mejorando la gestión de la demanda compartida y la continuidad de los cuidados.

- Por ello, y como objetivo de este punto, planteamos el establecimiento de unos estándares en los conceptos, que nos permita avanzar en la implantación de un mapa homogéneo de consultas externas en los hospitales de Castilla y León, lo que permitirá dis-

poner de una cartera de servicios de consultas específicas de enfermería definidas y con objetivos estandarizados.

OBJETIVO 5

INFORMACIÓN TRANSPARENTE

La transparencia en uno de los principios fundamentales que debe presidir cualquier actuación de los poderes públicos. Supone que los órganos e instituciones públicas hagan visible a los ciudadanos la información sobre su gestión con rigor, veracidad y objetividad.

La transparencia en las decisiones políticas y la rendición de cuentas en la gestión de los recursos públicos es una exigencia de los ciudadanos y una obligación democrática y ética de las administraciones públicas.

Los elementos que sería necesario hacer transparentes son lo que se hace, cómo se hace, con qué recursos y qué resultados se obtienen. Esta información, proporcionada de una manera comprensible, periódica y comparable, es una buena herramienta para mejorar la salud poblacional ya que implica una mejor, y más eficaz, gestión de las organizaciones sanitarias, un aumento de la productividad y un estímulo en desempeño de los profesionales a través de la competencia por comparación.

El Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, en su artículo 8 define la información a facilitar por los proveedores de asistencia sanitaria a los ciudadanos:

1. El proveedor de asistencia sanitaria facilitará al ciudadano, usuario y paciente, información sobre:
 - Su ubicación
 - Organigrama
 - Oferta de Servicios
 - Actividad anual

«La transparencia en las decisiones políticas y la rendición de cuentas en la gestión de los recursos públicos es una exigencia de los ciudadanos y una obligación democrática y ética de las administraciones públicas»

- Los indicadores de calidad del centro
- Su acreditación o certificación respecto a sistemas de calidad como el sistema de formación sanitaria especializada, el de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia, sistemas de acreditación de la Comunidad Autónoma, sistemas de gestión de la calidad o certificaciones respecto a normas UNE/CEN/ISO u otras.

2. La información de la oferta de servicios del proveedor de asistencia sanitaria, incluirá:

- La descripción de las características organizativas de los servicios y unidades
- El conjunto de procedimientos y técnicas sanitarias
- Estado de la lista de espera

Una parte de la información ya está disponible para el profesional y para el ciudadano, si bien es cierto que no es fácilmente accesible, por lo que la creación de un Portal en el que poder alojar todos aquellos datos e indicadores que se consideren clave para la organización, permitirá que estos puedan ser consultados con mayor facilidad.

Por lo tanto, y siendo conscientes de que somos responsables de garantizar el derecho de nuestros ciudadanos a la información, a lo largo de este cuatrienio se pondrán en marcha las siguientes medidas:

- Transmitir periódicamente a los ciudadanos, a través de los medios de comunicación, mensajes claros sobre las esperas, y de forma específica a los usuarios incluidos en las listas de espera, sobre las garantías de demoras establecidas.
- Facilitar información personalizada a cada usuario que así lo solicite, acerca de la demora para recibir la atención que precise.
- Creación del Portal de Transparencia de Sacyl. La Gerencia Regional de Salud pondrá en marcha durante la actual legislatura su Portal de Transparencia con toda la información en relación al uso de los recursos públicos y la planificación gestión de la actividad asistencial.

Inicialmente, contará con datos sobre número de pacientes en listas de espera quirúrgica en cada centro hospitalario y los correspondientes tiempos de demora, e irá progresivamente mejorando y por lo tanto, incorporando aquellos contenidos que puedan ser de interés, como son los relativos a demoras y listas de espera de pruebas diagnóstico-terapéuticas y consultas externas, índices e indicadores de seguridad del paciente, índices de eficiencia, trazabilidad de procesos oncológicos,....



5

CRONOGRAMA E IMPLANTACIÓN

- Análisis y valoración de situación actual de cada uno de los centros de Sacyl a 30 de Junio de 2015, generando un amplio informe de situación, propuestas de mejora y los primeros objetivos a cumplir durante el primer semestre de 2016. FINALIZADO
- Exposición de la presentación a todas las gerencias del Sacyl en las once áreas de Salud desde septiembre de 2015 hasta diciembre 2015 con el establecimiento de los objetivos del primer semestre y de los responsables de su cumplimiento. FINALIZADO
- Evaluación semestral de los datos de Lista de espera Quirúrgica, Consultas Externas, Pruebas Diagnóstico-Terapéuticas y Demoras. Presentación de los resultados dos meses después, análisis en conjunto de los mismos y compromisos por parte del centro y planteamiento de nuevos objetivos.
 - Abril 2016-Diciembre 2016
 - Junio 2017-Diciembre 2017
 - Junio 2018-Diciembre 2018
 - Junio 2019
- Seguimiento mensual de los datos de Lista de espera, analizando especialmente los datos de pacientes Prioridad 1 y pacientes garantía de demora máxima.
- Evaluación anual del Plan, incluyendo el desarrollo y cumplimiento de todos los objetivos planteados. Se procederá a realizar una autoevaluación antes de finales de febrero del año siguiente, excepto la primera, que se deberá ser realizada antes de Junio 2016.
- Publicación en el Portal de Transparencia de Sacyl de los siguientes contenidos:
 - A lo largo del año 2016: Datos de Listas de Espera Quirúrgica y Prioridad 1 (Fuente de datos: CATIA).
 - Último trimestre de 2017: Datos de Listas de Espera de Pruebas Diagnóstico-Terapéuticas y sus prioridades (Resonancia Magnética, TC, Ecografías, Mamografías, Gastroskopias y Colonoscopias).
 - Primer semestre 2018: SIAPCYL (Objetivo: demoras ≤ 48 horas en el 95% de los pacientes).
 - Último trimestre 2018: Datos de Lista de Espera de Consultas Externas y sus prioridades.

CRONOGRAMA

[illegible]



6 EVALUACIÓN

El presente proyecto se trata de un plan estratégico, dinámico, factible, válido, eficiente, efectivo y orientado al resultado, que parte de un profundo análisis de situación y cuyo fin último es responder a las necesidades de los pacientes.

El objetivo de la evaluación es asegurar el correcto grado de cumplimiento de los hitos establecidos en el Plan y, en su caso, introducir medidas correctivas, planes de choque o cualquier otra actuación que nos permita su consecución.

Las evaluaciones serán semestrales aunque la monitorización será continua y mensual para algunos objetivos que requieren un seguimiento más pormenorizado.

Como reflejo del carácter dinámico del Plan, algunos de los objetivos planteados son abiertos, lo que permitirá analizar las causas de los problemas en caso de incumplimiento, proponiendo entonces medidas de mejora y planteamiento de nuevos objetivos (ver Anexo V).

Las fechas de corte para realizar las evaluaciones son:

- Abril-Diciembre 2016
- Junio-Diciembre 2017
- Junio-Diciembre 2018
- Junio 2019



7

FINANCIACIÓN

En este punto, se expone la otra cara de la moneda, el gasto que supone la consecución de los objetivos planteados en todo el documento.

Creemos no equivocarnos si afirmamos que antes de la crisis que comenzó en 2011 y aún en nuestros días, el gasto sanitario de las comunidades autónomas no ha sido un problema o una preocupación de primer orden en determinados niveles de decisión.

Siempre que se demostrase la actividad y unos indicadores aceptables, la existencia de cierto incremento presupuestario estaba justificada.

Determinados objetivos estratégicos debían conseguirse sin reparar con detalle en la evaluación de su eficiencia. La autoconcertación, la externalización de procesos, la concesión de módulos de atención continuada...etc., se han convertido en casi imprescindibles para dar respuesta a la demanda en estos años. En este contexto, en el que se ha perdido el rumbo, la eficiencia ha sido la más perjudicada.

Los centros asistenciales, fundamentalmente los hospitales, son estructuras con una enorme avidez, capaces de consumir todos los recursos disponibles y muchos más. Por ello, es preciso controlar el gasto y adaptarlo a un presupuesto real, es decir, ser capaces de gestionar con mayúsculas, conseguir los mejores resultados con un coste soportable que garantice la viabilidad del sistema y su sostenibilidad.

Así pues, a la hora de evaluar la repercusión económica de las medidas propuestas, se debe tener en cuenta la financiación destinada a las siguientes partidas, que cada centro deberá gestionar:

CONCIERTOS Y/O CONTRATACIÓN DE PERSONAL

La utilización complementaria de recursos ajenos al sistema mediante la concertación para consultas de especialidades, intervenciones quirúrgicas o procedimientos diagnósticos y/o la contratación de personal tendrá como objetivo la consecución de las medidas coyunturales que mejoren y estabilicen las listas de espera, y siempre que su coste pueda ser asumido dentro del techo de gasto anual asignado a cada uno de los centros.

Por ello, los Directores Gerentes son los máximos responsables de valorar la conveniencia de concertación o de contratación puntual e individualizada de personal, teniendo en cuenta siempre que el límite de todas las actuaciones que supongan un coste para el centro, es el Techo anual de Gasto asignado.

Para adquirir este compromiso se remitirá solicitud e informe justificativo de la necesidad de esta/s medida/s adicionales, según modelo recogido en el Anexo II de este Plan.

- En el caso de precisar la contratación de personal, ambos documentos se remitirán a la Dirección General de Profesionales, quien solicitará información a la DGAS con la finalidad de conocer si asistencialmente se justifica la autorización de los profesionales solicitados.
- Si lo que se solicita es un concierto externo la solicitud e informe justificativo, explicitando, la utilización óptima de los medios y recursos propios, se remitirá a la Dirección General de Asistencia Sanitaria que será la encargada de valorar y autorizar la solicitud una vez confirmada la disponibilidad presupuestaria del Centro

MÓDULOS DE ATENCIÓN CONTINUADA

Los módulos de atención continuada para actividad asistencial de los Licenciados Especialistas mayores de 55 años exentos de la realización de guardias médicas actualmente están regulados exclusivamente en el Pacto de 23 de julio de 1997 sobre exención de guardias para los Facultativos de más de cincuenta y cinco años suscrito en el Acuerdo entre la Administración Sanitaria del Estado-INSALUD y los organismos sindicales CEMSATSE y CC.OO., publicado mediante Resolución de 8 de agosto de 1997 de la Dirección General de Trabajo y en la Disposición adicional undécima de la Ley 1/2012, de 28 de febrero, de Medidas Tributarias, Administrativas y Financieras, tras la declaración de nulidad de las Instrucciones de 30 de abril de 2012 del Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud que establece el procedimiento para la autorización de la realización de módulos de atención continuada para la realización de actividad asistencial ordinaria en las Gerencias de Aten-

«La utilización complementaria de recursos ajenos al sistema tendrá como objetivo la consecución de las medidas coyunturales que mejoren y estabilicen las listas de espera»

ción Especializada de la Gerencia Regional de salud de Castilla y León, mediante Sentencia de 30 de septiembre de 2014 de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León.

Respecto a la planificación anual de módulos de atención continuada en cada centro, es potestad del Gerente de Atención Especializada la aprobación para el año siguiente a propuesta de la Dirección Médica correspondiente y previa valoración de las Unidades y Servicios afectados además de con el informe y asesoramiento de la Junta Técnico Asistencial y la Comisión Mixta.

La información relativa a los Módulos de Atención Continuada que son autorizados en cada Centro se remitirá antes del mes de Abril de cada año, según modelo recogido en el Anexo III del Plan.

En definitiva, la aplicación del Pacto y de la Ley sobre los módulos de exención de guardias de mayores de 55 años:

- Adecuación a la norma en forma, fondo y número.
- Necesidad asistencial justificada y motivada según establece el Pacto.
- Previamente se debe constatar la utilización de la jornada, incluida adicional y ponderación de guardias, para cubrir las necesidades asistenciales

PRODUCTIVIDAD VARIABLE

El complemento de productividad está definido en el Real Decreto Ley 3/1987 de 11 de septiembre, sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud. Es un complemento que “premia” el rendimiento especial, interés o iniciativa de los profesionales así como la participación en programas o actuaciones concretas.

Este sistema de incentivación por cumplimiento de los objetivos definidos anualmente en el contrato programa de cada uno de los centros sanitarios, pretende incrementar el grado de participación y vincula-

ción de los profesionales en la consecución de los mismos, efectuándose su distribución en función del grado de cumplimiento, una vez realizada la evaluación pertinente.

Por lo tanto, para su abono, es imprescindible que el personal contemplado se haya adherido al pacto de objetivos suscrito entre las Gerencias de los centros y los Jefes de Servicio o Unidad.

PLANES DE CHOQUE PUNTUALES

Como ya se ha puesto de manifiesto a lo largo del documento, PERYCLES no es un Plan de Choque que sirva para dar respuesta al problema de las Listas de Espera y Control de la Demanda en un breve espacio tiempo, sino que surge como una herramienta de eficiencia que busca actuar a lo largo de los próximos cuatro años, con la finalidad conseguir un descenso progresivo y mantenido en las listas de espera y demoras

No obstante, y en función de los resultados obtenidos en las evaluaciones que se realicen, es posible que sea necesario actuar con mayor intensidad en algún momento puntal para apoyar o reforzar las actuaciones puesta en marcha con este Plan, mediante la aplicaciones de planes de choque, que siempre estarán dirigidos a resolver problemas concretos en centros y/o servicios concretos, pero que no tendrán una aplicación global y, en todo caso, condicionados a los recursos presupuestarios, dado que PERYCLES es un plan estratégico de eficiencia. Es frecuente, por otro lado, encontrar dificultades para la contratación de profesionales en determinados hospitales de nuestra Comunidad, abocando ciertamente a un aumento de las demoras con escaso margen de actuación; sería aquí, por tanto, donde se pueden utilizar este tipo de herramientas con una completa justificación y motivación evidente.

En último lugar, es objetivo de este Plan de Eficiencia buscar fórmulas novedosas que pongan en valor los recursos públicos e incentiven el cumplimiento, de tal forma que sea la eficiencia de los centros la que determine su verdadero valor y reconozca el cumplimiento por parte de sus profesionales. La financiación debe perseguir y recompensar a la eficiencia.



8

ANEXOS

ANEXO 1

MODELO MAPA DE VARIABILIDAD

CONSULTAS HOSPITALARIAS SOLICITADAS POR ATENCIÓN PRIMARIA. PRIMER TRIMESTRE 2016						
CENTRO DE SALUD	Facultativo	Nº CCEE	Población asignada	Tasa/1.000	Tasa Grupo hospital	Tasa Sacyl
C.S. "A"	AAAAA					
	BBBBB					
	CCCC					
C.S. "B"	DDDD					
	EEEE					
	FFFF					
PRUEBAS DIAGN-TERAPÉUTICAS SOLICITADAS POR ATENCIÓN PRIMARIA. PRIMER TRIMESTRE 2016						
CENTRO DE SALUD	Facultativo	Nº CCEE	Población asignada	Tasa/1.000	Tasa Grupo hospital	Tasa Sacyl
C.S. "A"	AAAAA					
	BBBBB					
	CCCC					
C.S. "B"	DDDD					
	EEEE					
	FFFF					
% ENTRADAS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA SOBRE PRIMERAS CCEE REALIZADAS. PRIMER TRIMESTRE						
ESPECIALIDAD HOSPITALARIA	Facultativo	% pacientes en LEQ/Primeras CCEE	Tasa Grupo hospital	Tasa Sacyl		
CGD	AAAAA					
	BBBBB					
	CCCC					
DERMATOLOGÍA	DDDD					
	EEEE					
	FFFF					

ANEXO 2
SOLICITUD CONCIERTO EXTERNO Y/O CONTRATACIÓN DE
PERSONAL

**GERENCIA DE ATENCIÓN
ESPECIALIZADA.....**

SOLICITO:

☐ **Contratación de personal eventual para disminuir demoras y lista de espera:**

(Especificar número y categoría profesional/especialidad, tiempo de contratación,...)

☐ **Concierto externo:**

(Especificar actividad, número,...)

Para ello, **DECLARO QUE:** Se cumplen los siguientes requisitos:

El objeto de la contratación eventual y/o concertación externa es la consecución de los **objetivos** para la mejora y estabilización de las listas de espera y **su coste no compromete la evolución ni la previsión del Techo de Gast o del año en curso.**

Con carácter previo, se han utilizado de forma óptima los recursos sanitarios propios (Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, Título VIII, Art. 64).

Fdo: D/Dª.....

**GERENTE DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
DEL HOSPITAL/COMPLEJO.....**

ANEXO 3

**ANEXO III: INFORME SOBRE LA ADECUACIÓN
DE LOS MÓDULOS DE ATENCIÓN CONTINUADA
A LA MEJORA Y ESTABILIDAD DE LE COMO
OBJETIVO PRIORITARIO ASISTENCIAL DE LA GRS**

GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA.....

**Informe sobre la situación actual de los Módulos de Atención Continuada
autorizados en esta Gerencia de Atención Especializada:**

SERVICIO / UNIDAD:

Nombre del Facultativo	Actividad* por módulo	Nº Módulos mensuales	Fecha última autorización

**Entendiendo que la disminución de las demoras y listas de espera es un objetivo irrenunciable de la Gerencia Regional de Salud para el período 2015-2019, detallar brevemente cómo incide en su consecución.*

Fdo: D/Dª.....

**GERENTE DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
DEL HOSPITAL/COMPLEJO.....**

ANEXO 4

INFORME JUSTIFICATIVO SUSPENSIÓN QUIRÚRGICA

INFORME DE SUSPENSIÓN QUIRÚRGICA				
			Fecha	
			Quirófano N°	
Nombre y apellidos del paciente:				
N° HHCC:				
Diagnóstico:				
Procedimiento:				
Motivo de la suspensión :				
Facultativo/s y Servicio/s que indican la suspensión:				
FIRMA/S:				
Fdo:	Dr.....	Dr.....	Dr.....	
Comunicado a Dirección /Subdirección Médica: Sí ☐ No ☐				
Informado el paciente y la familia por el facultativo que indica la suspensión: Sí ☐ No ☐				
Fecha de nueva programación quirúrgica:/...../.....				

ANEXO 5
INFORME DE INCUMPLIMIENTO DE INDICADORES U OBJETIVOS, PROPUESTA DE MEJORA Y COMPROMISOS ADQUIRIDOS

El Gerente del Centro, en caso de incumplimiento de cualquiera de los indicadores u objetivos de PERYCLES, remitirá a la Gerencia Regional de Salud, en los quince días posteriores a la evaluación, un informe justificativo, así como las propuestas de mejora y los compromisos que adquiere

GERENCIA DE ATENCIÓN.....

Comisión /Subcomisión de.....

Informe sobre incumplimiento de los siguientes objetivos de:

Objetivo	Servicio	Estándar	Resultado

MOTIVOS DEL INCUMPLIMIENTO:

PLAN DE MEJORA PROPUESTO:

(Descripción, Cronograma de implantación y Autoevaluación)

Fdo: D/Dª.....

GERENTE DE ATENCIÓN.....

ANEXO 6

MODELO DE ACTA DE REUNIONES

COMISIÓN/SUBCOMISIÓN DE.....

Acta n°x/xx:

ASISTENTES:

D
Cargo:

D
Cargo:

D
Cargo:

D
Cargo:

En la Saladel Complejo Asistencial....., se reúnen las personas anteriormente citadas, siendo lashoras del día

Se trataron los siguientes puntos:

1.....

2.....

Compromisos adquiridos:

Compromiso	Fecha cumplimiento	Responsable

No habiendo más asuntos que tratar, se levanta la sesión, siendo las..... horas del día arriba indicado.

El Presidente de la Comisión

El Secretario de la Comisión

Fdo.:.....

Fdo.:.....

Cargo:.....

Cargo:.....

ANEXO 7

BREVE GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Gestión sanitaria.** Es la función ejecutiva de planificar, organizar, dirigir, controlar y supervisar actividades sanitarias encaminadas a mejorar resultados en salud de la población.
- **Eficacia.** Hace referencia al impacto o efecto de una acción llevada a cabo en las mejores condiciones posibles o experimentales. En nuestro sector hace referencia al impacto o efecto de una acción sobre el nivel de salud o bienestar de la población, llevada a cabo en condiciones óptimas. Respondería a la cuestión sobre cuál es la capacidad esperada de un curso o acción sanitaria (bajo condiciones de uso y de aplicación ideales) para mejorar el nivel de salud de un individuo o colectivo
- **Efectividad.** Hace referencia al impacto que se alcanza a causa de una acción llevada a cabo en condiciones habituales. Se refiere a la posibilidad de que un individuo o colectivo se beneficie de un procedimiento farmacológico o de cualquier práctica médica. En el ámbito sanitario, responderá al análisis del efecto de un curso de acción sanitaria, bajo condiciones habituales de práctica médica, sobre el nivel de salud de un colectivo.
- **Eficiencia.** Es el grado en que una tecnología, una intervención o una organización realiza la máxima contribución a los objetivos de salud definidos dados los recursos disponibles. Implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costes de los recursos empleados. Responde por tanto a la medida en que las consecuencias del proyecto son deseables desde la perspectiva económica. Supone en resumen maximizar el rendimiento (output) de una inversión dada.
- **Pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada.** Conjunto de pacientes con prescripción no urgente de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, establecida por un médico especialista quirúrgico, una vez concluidos sus estudios diagnósticos, aceptada por el paciente, y para cuya realización el hospital tiene previsto la utilización de quirófano.
- **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 en atención hospitalaria, solicitadas por un médico autorizado por la institución, teniendo documentada tal petición.
- **Pacientes en espera estructural.** Incluye los pacientes que, en un momento dado, se encuentran pendientes de ser intervenidos quirúrgicamente, de ser vistos en consulta de atención hospitalaria o de la realización de una prueba diagnóstica/ terapéutica, y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.
- **Pacientes en espera no estructural para intervención quirúrgica.** Incluye:
 - Pacientes en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo son aquellos pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, cuya espera es motivada por la libre elección del ciudadano.
 - Pacientes transitoriamente no programables. Aquellos pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, cuya programación no es posible en un momento dado por alguno de los siguientes motivos:
 - Pacientes en espera médica por motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención.
 - Pacientes en espera, por solicitud de aplazamiento de la intervención (motivos personales/laborales).
- **Pacientes en espera no estructural para consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas.** Pacientes incluidos en el registro en un momento dado, pero cuya espera no es atribuible a la organización y a los recursos disponibles, sino a circunstancias especiales de la solicitud de la cita. Incluye:
 - Pacientes con demora atribuible a la propia voluntad del paciente (pacientes en espera voluntaria por motivos personales, laborales o por libre elección de médico).

- Resto de pacientes incluidos en el registro cuya cita se ha establecido sobre una fecha solicitada por el médico petionario.
- **Demora media o Tiempo medio de espera de los pacientes pendientes.** Es el tiempo promedio, expresado en días, que llevan esperando los pacientes pendientes desde la fecha de entrada en el registro hasta la fecha de estudio.
- **Espera media de los pacientes atendidos.** Es el tiempo promedio, expresado en días, que han esperado los pacientes desde la fecha de entrada en el registro hasta la fecha de su atención.
- **Prioridades** para inclusión en lista de espera:
 - Prioridades para consulta externa y/o prueba diagnóstica/terapéutica:
 - Prioridad 1: solicitud preferente. Aquella que debe realizarse en un periodo máximo de 15 días.
 - Prioridad 2: solicitud ordinaria. No se establece periodo máximo.
 - Prioridades para indicación quirúrgica:
 - 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.
- **Utilización de quirófano en jornada ordinaria.** Se calcula dividiendo el tiempo de utilización de quirófano en jornada ordinaria entre el tiempo disponible de quirófano en jornada ordinaria.
- **Tiempo utilizado de quirófano.** Suma de los tiempos (en horas) transcurridos desde la entrada al quirófano de cada uno de los enfermos hasta su salida del mismo para todas las intervenciones quirúrgicas programadas realizadas durante el mes.
- **Tiempo disponible de quirófano.** Tiempo total (en horas) de quirófano que ha estado disponible para intervenciones quirúrgicas programadas durante el mes. Para su cálculo se contabilizarán siete horas de disponibilidad por turno y se restará el tiempo dedicado a intervenciones urgentes realizadas en los quirófanos programados.
- **Intervención quirúrgica suspendida.** Aquella intervención quirúrgica programada (en parte quirúrgico definitivo) que por cualquier motivo no se realizó en la fecha que inicialmente fue prevista y tampoco se substituyó en la programación del quirófano.
- **Consulta externa de atención hospitalaria.** Todo acto médico realizado de forma ambulatoria y programada para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, con base en la anamnesis y exploración física, y realizado en un local de consultas externas de atención hospitalaria con independencia de su ubicación física dentro de la red asistencial. No deben por lo tanto contabilizarse como consultas:
 - Las realizadas por personal de enfermería.
 - Las realizadas a pacientes ingresados por peticiones entre servicios.
 - La realización ni el informe de pruebas diagnósticas complementarias.
 - La extracción de muestras.
 - Los meros actos de relleno de impresos de peticiones.
- **Primera consulta.** La efectuada a un paciente, por primera vez, en una especialidad concreta y por un problema de salud nuevo (excluidas las revisiones periódicas de tipo preventivo) según criterio del médico prescriptor. Se considerarán además primeras consultas todas aquéllas solicitadas por iniciativa del médico de Atención Pri-

maria sobre pacientes dados de alta por el médico especialista (pacientes con diagnóstico y, en su caso, con tratamiento ya instaurado), acreditado mediante informe escrito. No son Primeras Consultas las interconsultas derivadas entre facultativos de la misma especialidad.

- **Consultas sucesivas.** Todas aquellas que deriven de una primera consulta y todas las que se generen como revisión o seguimiento de un proceso de hospitalización o consulta anterior. Por tanto, tendrán consideración de consulta sucesiva todas las revisiones determinadas por decisión del médico especialista, con independencia del tiempo que transcurra entre las mismas y aun cuando, para facilitar los trámites al paciente, la cita se concierte a través del Centro de Salud (utilizando el informe escrito del médico especialista y no requiriendo paso a través del médico de Atención Primaria).
- **Consulta de alta resolución.** De entre las primeras consultas atendidas, aquella en la que el mismo día se realizan las exploraciones complementarias solicitadas, se emite juicio diagnóstico, si procede tratamiento e informe de alta, aunque el informe definitivo se le envíe posteriormente al paciente o al médico solicitante
- **Prueba diagnóstica/terapéutica.** Toda prueba o exploración complementaria realizada en una consulta o sala especial que no está englobada en la anamnesis y exploración física básica que se realiza al paciente y que requiere la asignación de un tiempo distinto al de la propia consulta.
- **Primera prueba diagnóstica/terapéutica.** La solicitada por primera vez a un paciente, con el objetivo de ayudar en el diagnóstico o instaurar una pauta terapéutica de una entidad patológica determinada.