



UNIVERSIDAD
POLITECNICA
DE VALENCIA



Acuerdos de Gestión de la Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública

Grado de Gestión y Administración Pública
Curso Académico 2015/2016

Autora: Mireya Olid Fornell

Director: David Vivas Consuelo

Agradecimientos.

Antes de empezar este proyecto, agradecer a mis padres por darme la oportunidad de poder estudiar una carrera, aun con las dificultades económicas que ello conlleva, todo esfuerzo tiene su recompensa y gracias a su apoyo incondicional he podido realizar mis estudios. En especial a mi madre, que durante la realización de este proyecto ha estado soportándome en los malos momentos y felicitándome en los buenos.

En estos años de carrera he conocido a personas increíbles, con las que he establecido una bonita amistad y que me llevo para siempre, en especial, mencionar a Silvia que durante la realización de este proyecto hemos estado las dos apoyándonos la una a la otra en todo momento, sacando lo positivo de cada cosa así como también viendo que todo lo que uno quiere puede conseguirlo.

Y por último agradecerle también a mi tutor del Trabajo Final de Grado David Vivas Consuelo, su confianza depositada en mí para la realización de este, y su constancia, apoyo y predisposición en todo momento.

Capítulo 1: Introducción.....	9
1.1 Resumen.....	10
1.2 Objetivos y Metodología.....	12
A. Objetivos	12
B. Metodología.....	12
1.3 Justificación del trabajo.....	13
1.4 Estructura documental.....	14
Capítulo 2: Antecedentes.....	15
Introducción	16
2.1 Indicadores de Salud: Contexto Internacional	16
A. ¿Qué es un Indicador de Salud?	16
B. Panorama Salud 2015, países de la OCDE.....	16
2.2 La organización del Sistema de Salud	23
A. El Sistema Nacional de Salud.....	24
B. El Sistema Valenciano de Salud.....	26
C. La Conselleria de Sanidad.....	27
2.3 Plan de Salud	32
2.4 Acuerdos de Gestión	33
A. Nivel general.....	33
B. Específico sanitario valenciano	37
Capítulo 3: Diseño y Metas de indicadores para los Acuerdos de Gestión	40
3.1 Diseño de Indicadores	41
3.2 Metas.....	52
Capítulo 4: Resultados.....	54
4.1 Coste por paciente en patologías de alto impacto	55
4.2 Desviación en el importe ambulatorio por paciente según morbilidad FarmaIndex (FIX).....	57
4.3 Importe medio por receta	59
4.4 Adhesión a las guías farmacoterapéuticas	61
4.6 Grado de registro de la dispensación en MDIS.....	65

4.7	Coste medio de intervención de endoprótesis.....	67
4.8	Precio medio por prescripción de exoprótesis.....	69
4.9	Eficiencia en las adquisiciones de farmacia hospitalaria	71
4.10	Evolución del gasto en adquisiciones de Capítulo II.....	73
Capítulo 5: Conclusiones y Recomendaciones		75
	Conclusiones	76
	Recomendaciones	76
Bibliografía		77
Anexos.....		81
	ANEXO1: RESULTADOS DE LOS 10 INDICADORES DE FARMACIA.....	81
	ANEXO 2: ACUERDOS DE GESTIÓN 2016.....	82
	ANEXO 3: PLAN DE SALUD 2016-2020.....	86
	ANEXO 4: FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES.....	87

Índice de Tablas

Tabla 1. Estructura documental trabajo	14
Tabla 2: Principales indicadores de salud por países OCDE	17
Tabla 3: Indicadores, según Factores de Riesgo a nivel internacional	19
Tabla 4: Indicadores que miden el Acceso a la atención a nivel internacional.....	20
Tabla 5: Principales indicadores que miden la Calidad de la Atención según países de la OCDE22	
Tabla 6: Principales características de los niveles asistenciales del SNS.....	26
Tabla 7: Indicador que mide la Adhesión a las guías farmacoterapéuticas	41
Tabla 8: Indicador que mide la Desviación en el importe ambulatorio por paciente según morbilidad de farmaindex.....	42
Tabla 9: Indicador que mide el Precio medio por receta	43
Tabla 10: Indicador sobre los Problemas relacionados con los medicamentos en el entorno ambulatorio.....	44
Tabla 11: Indicador sobre el Coste por paciente en patologías de alto impacto.....	45
Tabla 12: Indicador sobre la Eficiencia en las adquisiciones de farmacia hospitalaria.....	46
Tabla 13: Indicador sobre la Evolución del gasto en adquisiciones de Capítulo II, farmacia hospitalaria.....	47
Tabla 14: Indicador sobre el Grado de registro de la dispensación en las unidades de farmacia hospitalaria a pacientes externos	48
Tabla 15: Indicador sobre el Coste medio por intervención de endoprótesis.....	49
Tabla 16: Indicador sobre el Precio medio por prescripción de exoprótesis.....	50

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1: Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana	28
Ilustración 2: HospitalUniversitari i Politècnic La Fe (gestión pública)	29
Ilustración 3: Hospital Nisa 9 de Octubre (gestión privada)	30
Ilustración 4: Hospital La Ribera (gestión público-privada)	30
Ilustración 5: Líneas estratégicas Plan de Salud 2016.....	31
Ilustración 6: Fases para elaborar un acuerdo de gestión	32
Ilustración 7: Instrumento para formalizar un Acuerdo de Gestión	35
Ilustración 8: Metas indicadores de gestión 2015	51

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Coste por paciente en patologías de alto impacto.....	54
Gráfico 2: Desviación en el importe ambulatorio por paciente según morbilidad FarmaIndex (FIX)	56
Gráfico 3: Importe medio por receta	58
Gráfico 4: Adhesión a las guías farmacoterapéuticas	60
Gráfico 5: Problemas relacionados con los medicamentos en el entorno ambulatorio.....	62
Gráfico 6: Grado de registro de la dispensación en MDIS	64
Gráfico 7: Coste medio de intervención de endoprótesis	66
Gráfico 8: Precio medio por prescripción de exoprótesis.....	68
Gráfico 9: Eficiencia en las adquisiciones de farmacia hospitalaria.....	70
Gráfico 10: Evolución del gasto en adquisiciones de Capítulo II.....	72

Capítulo 1

Introducción

1.1 Resumen

Introducción

Los Acuerdos de Gestión de los departamentos de salud establecen los compromisos de objetivos comunes para el conjunto del sistema sanitario y sirven de instrumento para alinear las actuaciones y asignar incentivos a los profesionales que atienden a la población de un departamento.

Las tres grandes áreas en que se agrupan estos objetivos son: ganancia en salud, calidad de la atención prestada y uso adecuado de los recursos. Estos se enmarcan en las líneas estratégicas y objetivos definidos en el Plan de Salud 2016-2020. Representan aspectos de especial relevancia que requieren mejorarse durante 2016. La consecución de estos objetivos de mejora se mide con indicadores los cuales han de ser manejables en número y poderse obtener sistemáticamente con la información disponible.

En este TFG se pretendía analizar el proceso de determinación de los indicadores realizado por primera vez, a través de un procedimiento de información y consulta pública, referidos a los Acuerdos de Gestión de 2016, pero a fecha de finalización de TFG, dichos resultados no estarían disponibles. Es por tanto que este TFG finalmente se ha basado en los datos y análisis de 2015.

Objetivos

El presente trabajo analiza los 10 Indicadores de farmacia referidos a los Acuerdos de Gestión de 2015. Como objetivo principal se encuentra el estudio referente al proceso metodológico del diseño de Acuerdos de Gestión, analizando para ello los indicadores de los acuerdos de gestión.

En cuanto a los objetivos específicos, para comprender el entorno y la organización sanitaria española se han introducido unas pequeñas nociones sobre el Sistema Nacional de Salud, y más concretamente, el Sistema Valenciano de Salud. Se ha descrito por otra parte el Plan de Salud Pública 2016-2020 y para finalizar se han definido los 10 Indicadores de farmacia y sus respectivas metas así como también se ha hecho un análisis de los resultados de los Indicadores de los Acuerdos de Gestión de 2015 por departamentos.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica y se han analizado los indicadores suministrados por la Conselleria de Sanitat Publica y se ha establecido comparativa entre los departamentos de salud.

Resultados

Se han analizado los 10 indicadores siguientes: Coste por paciente en patologías de alto impacto, Desviación en el importe ambulatorio por paciente según morbilidad FarmaIndex, Importe medio por receta, Adhesión a las guías farmacoterapéuticas, Problemas relacionados con los medicamentos en el entorno ambulatorio, Grado de registro de la dispensación en MDIS, Coste medio de intervención de endoprótesis, Precio medio por prescripción de exoprótesis, Eficiencia en las adquisiciones de farmacia hospitalaria, Evolución del gasto en adquisiciones de Capítulo II.

A través de este análisis, se ha podido observar el nivel de cumplimiento o no de las metas por departamento observándose una gran variabilidad

Conclusiones

Los Acuerdos de Gestión son un instrumento válido y pertinente para la gestión de servicios de salud pública y si se establecen los incentivos correctos, pueden ser muy útiles para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios.

Palabras clave: Gestión de Servicios de Salud Públicos; Acuerdos de Gestión; Indicadores de Gestión.

1.2. Objetivos y Metodología del TFG

El proyecto que se ha propuesto para la realización del trabajo final de carrera del grado de Gestión y Administración Pública se centra en realizar un análisis de los acuerdos de gestión que ha implantado la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Publica con los Departamentos de Salud y la repercusión y evolución que estos han tenido.

A. Objetivos

El **objetivo principal** de este trabajo es estudiar el proceso metodológico del diseño de Acuerdos de Gestión, analizando para ello los indicadores de los acuerdos de gestión.

Los **objetivos específicos** son:

1. Describir el sistema de salud de la Comunidad Valenciana
2. Describir el Plan de Salud Pública 2016
3. Describir el proceso de diseño de indicadores para los acuerdos de gestión y sus correspondientes metas
4. Analizar los resultados de los acuerdos de gestión

B. Metodología

Para el desarrollo de este trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre acuerdos de gestión.

Para ello, se ha solicitado a la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, la información siguiente:

- Objetivos de los acuerdos de gestión 2015 y 2016
- Indicadores de gestión
- Metas de los indicadores de gestión

Además de la información y documentación aportada por el tutor de este Trabajo fin de Grado, David Vivas Consuelo.

Para la realización de este proyecto se ha necesitado tiempo, ya que es un tema que actualmente ha presentado novedades, y por el que todavía no se ha podido obtener suficiente información respecto a 2016, por lo tanto la información existente no es tan amplia.

1.3 Justificación del trabajo

En 2016 se ha realizado un cambio en la metodología de diseño de los indicadores de los acuerdos de gestión , lo cuales establecen los compromisos de objetivos comunes para el conjunto del sistema sanitario y sirven de instrumento para alinear las actuaciones y asignar incentivos a los profesionales que atienden a la población de un departamento.

Es por ello, que se ha querido mediante este trabajo, investigar sobre dicho tema, y visualizar así si ha sido eficiente este trabajo, que resultados se obtienen al realizar este tipo de metodología, y si se ha obtenido lo que se esperaba mediante este cambio.

1.4 Estructura documental

Tabla 1. Estructura documental trabajo

<p>Bloque 1: Capítulo 1</p>	<p>Este bloque trata sobre el objeto del TFG, así como el resumen, razones, objetivos y metodología de este.</p>
<p>Bloque 2: Capítulo 2</p>	<p>El siguiente bloque corresponde a la contextualización a nivel internacional de los indicadores de salud y a la organización del Sistema de Salud español y valenciano. Partiendo del Sistema nacional de salud y acabando por el Sistema Valenciano de salud. La parte central del trabajo, se centra en los Acuerdos de Gestión a nivel general y su metodología.</p>
<p>Bloque 3: Capítulo 3, 4 y 5</p>	<p>El último bloque se centra en el diseño de los Indicadores de farmacia de los Acuerdos de Gestión de 2015 y su posterior análisis mediante gráficos sobre la información facilitada por la Conselleria de Sanidad.</p> <p>El trabajo finalizada con las conclusiones del proyecto final de grado y las recomendaciones.</p>

(Fuente: Elaboración propia)

Capítulo 2

Antecedentes

Introducción

En este capítulo se analizan los indicadores de salud más relevantes desde una perspectiva internacional comparando la situación en que se encuentran los países de la OCDE.

2.1 Indicadores de Salud: Contexto Internacional

A. ¿Qué es un Indicador de Salud?

Los Indicadores, son variables necesarias para poder objetivar una determinada situación y a la vez evaluar su comportamiento en el tiempo mediante la comparación simultánea con otras situaciones y dimensiones del estado de salud, que vistos en conjunto intentan reflejar una situación sanitaria de una población.

En definitiva, según la OMS, los Indicadores de Salud “son variables que sirven para evaluar los cambios y para respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas”.

B. Panorama Salud 2015, países de la OCDE

A continuación, se presentan los resultados relativos de los países que forman la OCDE, en un conjunto seleccionado de indicadores sobre la salud y el rendimiento del sistema de salud y las principales economías emergentes.

En ellos, se refleja la situación actual de estos países, según cinco dimensiones:

- El estado de Salud
- Los factores de riesgo para la Salud
- El acceso a la atención
- La calidad de cuidado
- Los recursos sanitarios

Para cada una de estas cinco dimensiones, existe un conjunto de indicadores clave. La selección de estos indicadores se basa en tres criterios principales:

- La relevancia política
- La disponibilidad de datos
- Los datos de interpretabilidad (Es decir, sin ambigüedad que un valor más alto / más bajo significa un mejor / peor rendimiento).

Seguidamente, se expondrán los resultados de dichos indicadores a nivel internacional, haciendo una comparación entre dichos países según cada Tabla.

En la Tabla 2, se presentan los indicadores más representativos sobre el **Estado de Salud**.

Tabla 2: Principales indicadores de salud por países OCDE

Indicador	Esperanza de vida al nacer- Hombres	Esperanza de vida al nacer- Mujeres	Esperanza de vida a los 65- Hombres	Esperanza de vida a los 65- Mujeres	Mortalidad por enfermedades cardiovasculares
Australia	8	7	3	7	7
Austria	18	13	16	13	26
Bélgica	22	19	23	14	15
Canadá	13	17	10	10	5
Chile	27	27	27	28	16
Rep. Checa	28	28	29	30	31
Dinamarca	21	25	25	26	10
Estonia	32	26	31	27	32
Finlandia	23	8	20	9	24
Francia	15	3	2	2	2
Alemania	18	19	16	22	25
Grecia	17	9	13	11	27
Hungría	33	33	34	34	33
Islandia	2	16	10	20	23
Irlanda	15	23	19	24	21
Israel	3	11	3	17	3
Italia	3	4	8	4	17
Japón	5	1	6	1	1
Corea	20	5	20	5	4
Luxemburgo	9	11	6	8	12
México	34	34	28	32	22
Países Bajos	11	19	16	20	8
Nueva Zelanda	11	19	8	17	18
Noruega	9	13	15	14	11
Polonia	30	29	30	28	30
Portugal	24	9	23	11	14
Eslovaquia	31	31	33	31	34
Eslovenia	25	17	26	14	28
España	5	2	3	3	6
Suecia	5	13	10	17	19
Suiza	1	6	1	5	13
Turquía	29	32	32	33	29
Reino Unido	14	24	14	23	9
EEUU	26	29	22	25	20

	Nivel bueno
	Nivel medio
	Nivel catastrófico

Fuente: OCDE, 2015. Health a Glace

En ella vemos como la Esperanza de vida sigue aumentando, a pesar de las dificultades que todavía existen en la mayoría de países, y sus diferencias sociodemográficas. Aun así, la Esperanza de vida, es un indicador que sigue aumentando de manera constante, aproximadamente 2-3 meses cada año. Fue en 2013, donde ésta, tuvo un aumento de más de 10 años desde 1970.

Tanto España, principalmente, como Japón y Suiza, son los tres primeros países que encabezan la lista de los ocho países de la OCDE que sobrepasan la esperanza de vida en 82 años. En cambio, en China, Indonesia y Brasil, donde se hayan las llamadas, economías emergentes, la Esperanza de vida ha aumentado, respecto al promedio existente de los países de la OCDE.

En los países que ha habido un menor desarrollo de este indicador, son Sudamérica y Rusia, por el VHI (SIDA) y las conductas de riesgo en los hombres, respectivamente.

Según el estudio de la OCDE, las mujeres podrían vivir 5 años más que los hombres, dato que ha disminuido desde 1990; y aquellas personas que tuvieran estudios, con un alto rendimiento académico podrían vivir 6 años más que las que tuvieran un rendimiento académico inferior.

-En la siguiente Tabla 3, encontramos los **Factores de Riesgo**;

Tabla 3: Indicadores, según Factores de Riesgo a nivel internacional

Indicador	Fumar en adultos	Consumo de alcohol	Obesidad en adultos	Sobrepeso y Obesidad en niños
Australia	4	22	30 *	20
Austria	26	34	8	14
Bélgica	15	20	9	5
Canadá	6	11	29 *	21
Chile	33	10	28 *	28
Rep. Checa	25	32	20 *	5
Dinamarca	12	17	10	23
Estonia	31	33	18	7
Finlandia	10	14	26	17
Francia	30	30	11	13
Alemania	23	28	25 *	3
Grecia	34	7	19	33
Hungría	32	30	31 *	24
Islandia	2	6	21	9
Irlanda	16	26	24 *	11
Israel	11	2	13	18
Italia	24	4	4	31
Japón	17	7	1 *	15
Corea	19	12	2 *	16
Luxemburgo	9	29	23 *	19
México	3	3	33 *	30
Países Bajos	13	14	6	7
Nueva Zelanda	8	16	32 *	27
Noruega	7	5	3	1
Polonia	27	27	14	2
Portugal	14	25	12	25
Eslovaquia	18	22	16 *	3
Eslovenia	22	17	17	22
España	29	20	15	26
Suecia	1	7	7	9
Suiza	21	22	4	11
Turquía	27	1	22 *	n.a.
Reino Unido	20	19	27 *	32
EEUU	5	13	34 *	29

(Fuente: OCDE, 2015. Health a Glace)

Como se aprecia en la Tabla 3, España, respecto a los Factores de Riesgo (cualquier rasgo o característica de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad) no está como uno de los países mejor posicionados de la OCDE, Suecia y los países nórdicos en general presentan buenos resultados para este indicador. Esto se debe a que España es uno de los

países donde el consumo de tabaco es muy elevado, como también el consumo de la llamada “comida basura”, estos dos factores son clave para el riesgo de la salud de una persona.

Como vemos, ocurre lo mismo en EEUU, que es el país con el indicador más elevado respecto a la Obesidad, ya que es conocido como uno de los países donde el consumo de este tipo de comida es el más recurrente.

-En referencia a la Tabla 4, **Acceso a la atención**, se muestra la siguiente información:

Tabla 4: Indicadores que miden el Acceso a la atención a nivel internacional

Indicador	Cobertura de Salud	Proporción de los gastos médicos (de cada persona) en el consumo familiar	Necesidades de atención médica insatisfechas	Cuidado dental, necesidades insatisfechas	Media de tiempo de espera, para cirugía de cataratas	Media de tiempo de espera para prótesis de cataratas
Australia	1	22	n.a.	n.a.	8	12
Austria	1	18	1	2	n.a.	n.a.
Bélgica	1	20	11	8	n.a.	n.a.
Canadá	1	11	n.a.	n.a.	2	4
Chile	1	28	n.a.	n.a.	13	8
Rep. Checa	1	7	5	4	n.a.	n.a.
Dinamarca	1	14	7	10	4	1
Estonia	2	12	21	19	9	13
Finlandia	1	18	19	11	10	7
Francia	1	3	15	15	n.a.	n.a.
Alemania	1	5	9	5	n.a.	n.a.
Grecia	3	32	23	20	n.a.	n.a.
Hungría	1	30	14	9	1	6
Islandia	1	21	18	22	n.a.	n.a.
Irlanda	1	22	17	17	n.a.	n.a.
Israel	1	16	n.a.	n.a.	3	3
Italia	1	22	20	21	n.a.	n.a.
Japón	1	9	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Corea	1	34	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Luxemburgo	1	5	4	3	n.a.	n.a.
México	1	30	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Países Bajos	1	2 **	1	1	n.a.	n.a.
Nueva Zelanda	1	9	n.a.	n.a.	7	5
Noruega	1	16	8	15	12	10
Polonia	2	13	22	13	14	14
Portugal	1	29	16	23	6	11
Eslovaquia	2	22	11	6	n.a.	n.a.
Eslovenia	1	7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
España	1	26	3	18	11	9
Suecia	1	26	11	14	n.a.	n.a.
Suiza	1	33	6	12	n.a.	n.a.
Turquía	1	1	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Reino Unido	1	3	9	7	4	2
EEUU	3	14	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

(Fuente: OCDE, 2015. Health a Glace)

En ella se expresa la atención posible existente por parte de los profesionales médicos, a nivel internacional, a la hora de que un paciente pueda o no pueda ser atendido, ya sea por falta de personal, falta de medios, etc.

España, está situada, viéndolo desde una perspectiva general, como uno de los países de la OCDE, con más necesidad de atención médica, es decir, con una mayor lista de espera para que los pacientes puedan ser atendidos. Por el contrario, España, es uno de los países con mejor cobertura en salud, como también lo son la mayoría de los países de Europa, así se refleja en la tabla.

En todos los países de la OCDE, hay más de dos médicos especialistas por cada médico general en promedio. Este dato, hace que varios países estén en situación de preocupación, por el lento crecimiento del número de médicos generales, en cuanto al acceso de la población a una atención primaria.

Como se ha comentado anteriormente, la mayoría de países están cubiertos por un seguro médico (salud universal) para poder ser atendidos, excepto Grecia, EEUU y Polonia. En Grecia se debe a la gran crisis económica que se manifestó hace unos 5 años, la cual hizo que se perdiera la cobertura sanitaria, para aquellos que habían estado en situación de desempleo por un tiempo prolongado o habían sido autónomos, pero esta situación cambió hace dos años, en 2014, donde se fijó una atención mínima en situaciones emergentes. En el caso de EEUU, el porcentaje de población no asegurada ha ido disminuyendo y aun se espera que disminuya todavía más, esto se debe a la aplicación de la Ley de la salud Asequible.

Existen probabilidades de que los hogares con bajos ingresos reporten que no cubren sus necesidades de atención médica y dental por motivos financieros o de otra índole son de cuatro a seis veces más altas que las de los hogares con altos ingresos. En cambio, en otros países como en Grecia, el porcentaje de la población que causa algunas de las necesidades médicas no cubiertas aumentó más del doble.

-En la última tabla, la Tabla 5, **Calidad de atención**, se aprecia la siguiente información:

Tabla 5: Principales indicadores que miden la Calidad de la Atención según países de la OCDE

Indicador	El asma, admisión hospitalaria	La diabetes, admisión hosp.	Letalidad por IAM(basado en la admisión)	Letalidad, según accidente cerebrovascular isquémico (admisión)	Supervivencia de cáncer uterino	Supervivencia de cáncer de mama	Supervivencia de cáncer colorrectal
Australia	29	17	1	20	11	5	3
Austria	28	29	27	8	19	19	7
Bélgica	16	20	19	20	16	12	4
Canadá	18	10	11	26	12	8	13
Chile	6	27	31	16	25	23	n.a.
Rep. Checa	12	23	11	22	13	22	21
Dinamarca	26	14	7	17	5	11	18
Estonia	27	n.a.	28	29	8	25	22
Finlandia	10	15	9	4	6	4	7
Francia	7	21	17	13	n.a.	n.a.	n.a.
Alemania	21	25	25	8	15	15	10
Grecia	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hungría	31	11	30	22	n.a.	n.a.	n.a.
Islandia	14	4	15	14	7	10	n.a.
Irlanda	32	16	8	24	20	20	19
Israel	19	9	11	6	10	7	2
Italia	2	1	5	7	3	15	12
Japón	1	18	29	1	4	9	4
Corea	24	30	24	2	2	14	1
Luxemburgo	9	19	16	17	n.a.	n.a.	n.a.
México	5	31	32	31	n.a.	n.a.	n.a.
Países Bajos	11	6	20	12	16	16	11
Nueva Zelanda	30	22	10	14	14	12	15
Noruega	17	7	11	5	1	2	13
Polonia	20	28	3	n.a.	24	24	23
Portugal	3	8	26	27	18	6	16
Eslovaquia	23	26	17	28	n.a.	n.a.	n.a.
Eslovenia	8	13	4	30	23	18	17
España	15	3	23	24	n.a.	n.a.	n.a.
Suecia	13	12	2	8	9	1	6
Suiza	4	2	22	11	n.a.	n.a.	n.a.
Turquía	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Reino Unido	22	5	20	19	22	21	20
EEUU	25	24	5	3	21	2	9

Fuente: OCDE, 2015.Health a Glace.

Como se aprecia, no hay datos disponibles para España. Por otra parte, en otros aspectos, que sí están reflejados en la tabla, se ve como la calidad de su atención no es de las mejores, dado que la calidad de la atención no mejora con la suficiente rapidez como debería.

Actualmente, como se puede observar en los datos de la tabla, ha disminuido la tasa de mortalidad de los países de la OCDE, que sufren enfermedades mortales como infarto de miocardio o derrame cerebral, esto es consecuencia de la aplicación de un mejor tratamiento, según ha ido avanzando la tecnología, es por ello que la tasa de mortalidad, cuando un enfermo ingresa en un hospital por infarto de miocardio, ha disminuido de 2003-2013 alrededor de un 30%, y un 20% en el caso del derrame cerebral, según datos actuales de la OCDE.

En el caso del cáncer de mama y el cáncer colorrectal, se ha avanzado mucho en la efectividad del tratamiento y suele diagnosticarse en etapas de menos desarrollo, es por ello que la supervivencia a este tipo de enfermedades ha aumentado en la mayoría de países. Esto lo confirman datos tales como, que en la etapa de 1998 a 2003 la supervivencia a este tipo de cáncer era del 55% y años más adelante en la etapa de 2003 a 2013 aumento aproximadamente a más de un 60%. Son los países como Chile, Polonia y Reino Unido, los que actualmente tienen una mayor tasa de supervivencia, respecto a este tipo de enfermedades, diagnosticadas como mortales.

Es evidente que siempre es posible una mejora respecto a la calidad de la atención primaria, para reducir aún más si cabe, el número de ingresos en un hospital, ya que hay una población que envejece y existe una parte de la población con enfermedades crónicas. Pero la calidad respecto a la atención primaria, en general ha mejorado en muchos países de la OCDE, esto se demuestra con un número menor de ingresos por este tipo de enfermedades.

2.2 La organización del Sistema de Salud

El Sistema Sanitario en España, comienza a esbozarse en el siglo XIX, donde los pobres podían beneficiarse del sistema médico existente y el resto de la población era cubierta por aquellos médicos que decidían ejercer su profesión libremente, el llamado “régimen obligatorio de subsidios familiares”.

En el siglo XX se produjo el gran cambio en la Sanidad Pública Española, aunque entre 1936-1939, momento en el que concurrió la Guerra Civil Española, fue cuando se produjo una

brecha en el proceso de construcción de ésta, la Sanidad Pública, que hizo, que no se pudiera seguir con el cambio que se había propuesto.

Posterior a esto, en 1942, se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), que se basaba principalmente en la curación de los trabajadores, sin tener en cuenta la medicina preventiva ni la sanidad ambiental. Los profesionales sanitarios, se regían por el sistema retributivo de las iguales, es decir, tenían un cupo de pacientes y cobraban en función de eso.

Ya en los años sesenta, concretamente el 18 de diciembre de 1963, se creó el Régimen General de la Seguridad Social, donde entró en vigor la Ley de Bases de la Seguridad Social. Poco tiempo después fue refundida con la Ley de 1966, dando lugar a la Ley General de la Seguridad Social de 1974, vigente durante veinte años, la cual consistía en dar asistencia médica gratuita a aquellos trabajadores que cotizaban, a sus descendientes y a los dependientes de los afiliados a esta. De esta manera, dejaban en descubierto a personas que nunca se hubieran incorporado al mercado laboral.

Poco antes de la promulgación de la Constitución Española de 1978, la Seguridad Social pasa a depender del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, momento en el que se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), que consta de dos modelos, el modelo contributivo: basado en cotizaciones por trabajadores o empresarios; y el modelo asistencial que se financia mediante presupuestos generales.

A. El Sistema Nacional de Salud

Según la Ley 14/1986 del 25 de Abril General de Sanidad, el Sistema Nacional de Salud está integrado por todas las estructuras, servicios y subsistemas tanto públicos como privados de la salud. Dicha ley, lo define como “el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley”.

La asistencia sanitaria, considerada una de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar en España, está compuesta por unas características únicas que la diferencian del resto de sistemas sanitarios:

- Universalidad del derecho a la asistencia
- Equidad
- Solidaridad

- Financiación pública
- Descentralización de su gestión en cada Comunidad Autónoma

Aquellas personas que tendrán derecho de acceso a este servicio será toda aquella persona que tenga la condición de asegurado/a; para ello deberá de cumplir al menos uno de los siguientes requisitos:

- Ser trabajador, estar afiliado a la Seguridad Social y dado de alta.
- Ser pensionista.
- Percibir cualquier prestación periódica.
- Haber agotado la prestación por desempleo y estar inscrito en el servef.

Toda aquella persona que no cumpla alguno de estos requisitos y pertenezca o sea miembro de la unión europea o tenga permiso para residir en España, tendrá la posibilidad de considerarse como asegurado si no sobrepasan un límite de ingresos.

El organismo que se encarga de reconocer este título de asegurado, es el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

La estructura fundamental, mediante la cual se organiza el Sistema Sanitario, son las áreas de salud, es decir, cada servicio de salud comunitario, se divide en zonas geográficas, para poder ser atendidos, según ayuntamientos, diputación o la propia comunidad.

A su vez, el Sistema Nacional de Salud, está organizado en base a dos niveles asistenciales: atención primaria y atención especializada.

a) Atención primaria.

Se basa en la prestación sanitaria básica a la población a través de los centros de salud, o en el caso de que el paciente no pudiera acudir a este físicamente, se trasladaría un médico a su domicilio.

b) Atención especializada.

Se basa en la prestación sanitaria a través de centros de especialidades y hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingresos. Para acceder a esta se precisa de la Tarjeta Sanitaria Individual (SIP), la cual es expedida por cada servicio de salud.

Tabla 6: Principales características de los niveles asistenciales del SNS

	ASISTENCIA PRIMARIA	ASISTENCIA ESPECIALIZADA
CARACTERISTICAS	Accesibilidad	Complejidad técnica
ACCESO	Espontáneo	Por indicación de los facultativos de atención primaria.
DISPOSITIVO ASISTENCIAL	Centros de salud y consultorios locales	Centros de especialidades y hospitales
RÉGIMEN DE ATENCIÓN	Centro y domicilio del ciudadano	De manera ambulatoria o régimen interno
ACTIVIDADES	Prevención de la enfermedad con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes	Cuenta con los médicos terapéuticos y diagnósticos de mayor complejidad y coste, cuya eficacia aumenta si se concentran

Fuente: Sistema Nacional de Salud. España 2015

B. El Sistema Valenciano de Salud

El sistema sanitario valenciano está formado por todos los recursos sanitarios de la Comunidad Valenciana, el objetivo fundamental del cual es la consecución del grado más alto posible de salud para sus ciudadanos, y esto exige:

- La extensión efectiva de la asistencia sanitaria y socio-sanitaria pública a todos los ciudadanos de la Comunidad Valenciana.
- La atención integral de sus problemas de salud.
- La superación de los desequilibrios territoriales y sociales para garantizar el acceso, en condiciones de igualdad, a las prestaciones sanitarias.
- La humanización de la asistencia.

A su vez, el Estado tiene tres competencias fundamentales:

- Establecer las bases y la coordinación general de la sanidad
- Sanidad exterior: relaciones y acuerdos internacionales
- Legislar sobre productos farmacéuticos

Desde 2002, este hecho se descentralizó, ya que las competencias no pertenecían únicamente al Estado; en el caso de la Comunidad Valenciana, existieron una serie de decretos que hicieron posible este acto.

Actualmente, el sistema sanitario de la Comunidad Valenciana está regulado por el Decreto 4/2014, de 3 de enero, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Consellería de Sanidad. Dicho decreto deroga el Decreto 25/2005, de 4 de febrero del Consell de la Generalitat, por el que se aprueban los Estatutos reguladores de la Agencia Valenciana de Salud, y sus sucesivas modificaciones; y el Decreto 191/2012, de 21 de diciembre, del Consell, por el que aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Consellería de Sanidad y se regulan los órganos de gestión de la Agencia Valenciana de Salud.

La Agencia Valenciana de Salud era un organismo autónomo de la Generalitat Valenciana de carácter administrativo y adscrito a la Consellería de Sanidad. Se creó mediante la Ley 3/2003, de 6 de febrero, y se encargaba de la gestión y administración del sistema sanitario valenciano. Como resultado de la supresión de este organismo, sus funciones pasaron a ser asumidas por la Consellería de Sanidad a partir del 31 de diciembre de 2013.

C. La Conselleria de Sanidad.

La Consellería de Sanidad es el órgano responsable de la sanidad de la Administración Pública Valenciana, el cual se organiza por provincias y se encarga de las siguientes tareas:

- Planificación y ordenación territorial de los recursos sanitarios.
- Garantizar las necesidades de salud pública para toda la población.
- Controlar los servicios sanitarios.
- Definir directrices y prioridades de la política en salud de la Comunidad Valenciana.

a) Departamentos de Salud.

El territorio de la Comunidad Valenciana hasta el año 2005, se organizaba en Áreas de Salud, siguiendo los criterios que se establecían en la Ley General de Sanidad.

Actualmente, estas se han suprimido y el territorio ahora se organiza en Departamentos de Salud, estructuras fundamentales del Sistema Valenciano, siendo de esta manera, las divisiones geográficas en las que se divide el territorio sanitario de la Comunidad Valenciana.

A su vez, los Departamentos de Salud, quedan divididos en Zonas Básicas de Salud, en las que se presta Atención Primaria a los ciudadanos y se ordena su correspondiente Atención Especializada, de tal forma que posibilite la solución de la mayor parte de los problemas de salud de la población.

La Comunidad Valenciana, se organiza en 24 Departamentos de Salud dentro de su territorio. En el mapa que se muestra a continuación, se puede observar la disposición de estos:

Ilustración 1: Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana



El Departamento de referencia de la Comunidad Valenciana, es el Hospital Universitario Politécnico La Fe, ubicado en el barrio de Malilla. Su ubicación se debe a la falta de infraestructuras sanitarias que sufría esta zona.

El nuevo centro sanitario se ha estructurado de manera diferente siguiendo la tendencia actual de distribución de los Hospitales europeos de nueva construcción. Éste modelo supone la posibilidad de disponer de tecnología actual y en constante renovación y ofrecer una atención sanitaria mejorada que garantice la atención asistencial. Dicha distribución, consta de cinco edificios distintos, interconectados por pasillos cuyo conjunto forma un único complejo hospitalario (Pabellón General, Maternidad, Infantil, Rehabilitación, Escuela de Enfermería) los cuales se pueden agrupar en tres grandes bloques:

- Edificio Asistencial
- Instituto de Investigación Sanitaria La Fe
- Área de Administración y Docencia

Este Departamento cuenta con la atención de 350.000 habitantes, atiende las necesidades de todos los ciudadanos pertenecientes a esa área de salud y además también ofrece su servicio a todas las demandas de otros departamentos o comunidades.

Por otro lado, cabe destacar que, la gestión de un Departamento de Salud, puede ser tanto pública como privada o público-privada, en la ilustración siguiente, se muestran algunos ejemplos que pertenecen a la provincia de Valencia:

Ilustración 2: HospitalUniversitari i Politènic La Fe (gestión pública)



Ilustración 3: Hospital Nisa 9 de Octubre (gestión privada)



HOSPITAL NISA 9 de Octubre

Ilustración 4: Hospital La Ribera (gestión público-privada)

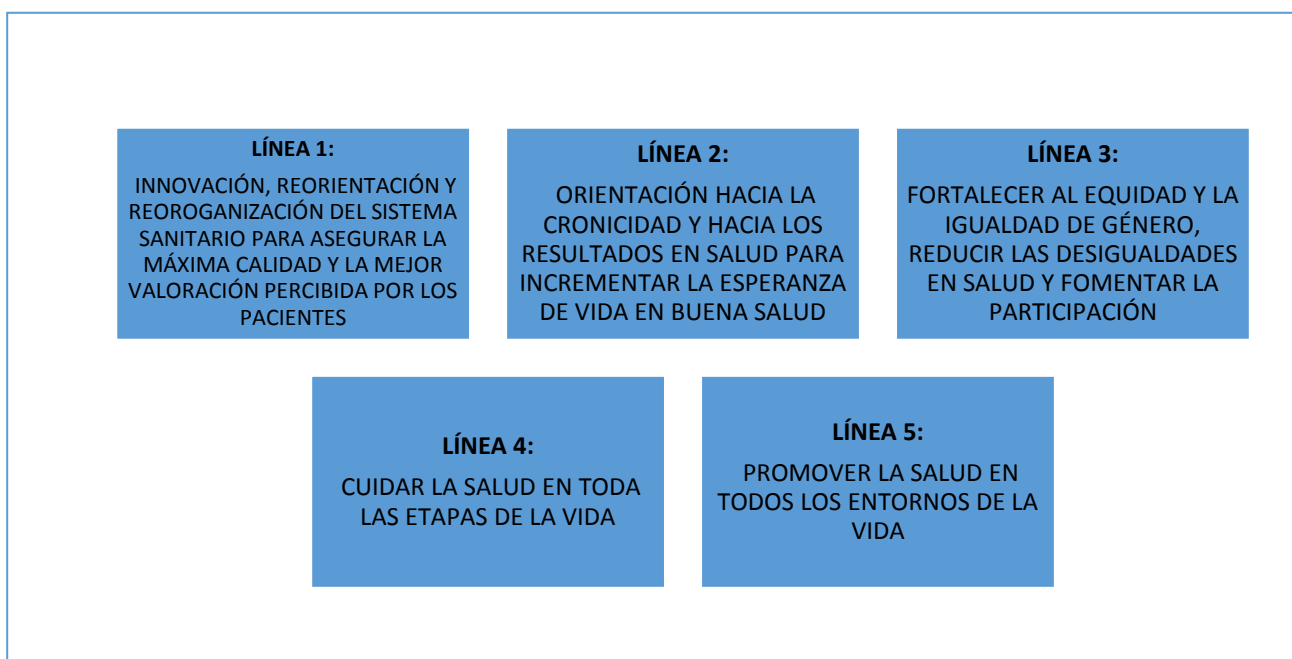


2.3 Plan de Salud

La Conselleria pretende que los Acuerdos de Gestión vayan relacionados con los objetivos establecidos en el Plan de Salud (instrumentos estratégicos de planificación y programación de las políticas de salud de la Comunidad Valenciana), y en él se establezcan los objetivos para los próximos 3-4 años, en este caso, Plan de Salud 2016-2020. Este incorpora los compromisos que adquiere el Consell de la Generalitat ante la sociedad valenciana.

Los Acuerdos de Gestión concretan con fórmulas específicas los objetivos que se quieren alcanzar a través del Plan de Salud, generando así las llamadas **líneas estratégicas (5)**:

Ilustración 5: Líneas estratégicas Plan de Salud 2016



(Fuente: Elaboración propia)

2.4 Acuerdos de Gestión

A. Nivel general

a. ¿Qué es un Acuerdo de Gestión?

Un Acuerdo de Gestión se basa en la relación escrita y firmada entre el superior jerárquico y el gerente público (personas que desempeñan empleos públicos que poseen una responsabilidad directiva), durante un periodo de tiempo determinado, donde establecen los compromisos y los resultados frente a la misión, visión y objetivos del organismo además de definir aquellos indicadores a través de los cuales se evalúa el mismo.

b. Metodología para elaborar Acuerdos de Gestión.

Las fases para poder elaborar un Acuerdo de Gestión son las siguientes:

Ilustración 6: Fases para elaborar un acuerdo de gestión



Fuente: Elaboración propia

INDUCCIÓN:

Donde el Gerente Público conoce el proceso de Planeación Institucional, en el cual, son establecidas las directrices de la entidad a largo plazo, que están constituidas por:

- Resultados esperados de los proyectos
- Recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros
- Políticas institucionales
- Etc

Posteriormente a ello, el Gerente debe familiarizarse con dicho contexto, analizar sus fortalezas, sus debilidades, definir cuáles son sus propuestas de mejora, entre otros; y su estructura, ya que esta deberá ser objeto de concertación en la fase siguiente.

Para finalizar esta fase, tanto el gerente público como el superior jerárquico serán los encargados de formalizar el acuerdo de gestión en un plazo no superior a 4 meses, periodo durante el cual el gerente deberá llegar a un acuerdo objetivo.

CONCERTACIÓN:

Etapa en la que el superior jerárquico decide, sin ser condicionado por el gerente público en el intercambio de expectativas que tienen ambos previos a este paso. Las Oficinas de Planeación deben prestar el apoyo requerido en esta etapa y además en esta fase es necesario que queden claras por cada una de las partes, tanto las condiciones de desarrollo del contenido como de la ejecución del acuerdo.

El acuerdo se pacta anualmente, periodo que debe coincidir con el de programación y evaluación, en caso contrario será necesario la presencia de un indicador que pueda medir y/o evaluar en el periodo anual estipulado.

FORMALIZACIÓN DEL ACUERDO:

Donde se obtiene el resultado: el Acuerdo firmado por cada una de las partes. Dicho acuerdo debe contener como mínimo:

- Encabezado: nombres y cargos de los comprometidos al acuerdo
- Lugar y fecha de la suscripción
- Condiciones generales
- Periodo de vigencia del Acuerdo
- Criterios de seguimiento y evaluación
- Fuentes de verificación: documentos mediante los cuales se pueda corroborar el cumplimiento de los compromisos

SEGUIMIENTO:

Fase en la cual se evalúa, una vez formalizado el acuerdo, si este cumple con los compromisos que previamente se habían establecido. En el caso de que no sea así, se podrán realizar los ajustes que sean necesarios para mejorar.

EVALUACIÓN:

El superior jerárquico evalúa, apoyándose en los informes regulares de las Oficinas de Planeación y una vez cumplido el plazo de vigencia del Acuerdo, el porcentaje de cumplimiento de los compromisos y los resultados alcanzados por el gerente público, basándose para ello en los indicadores determinados. Sin olvidarse de evaluar las competencias comunes y comportamentales para medir el grado de adecuación del gerente. Este proceso se lleva a cabo dentro de los tres meses siguientes a la finalización de la vigencia del acuerdo.

Como resultado a esta etapa, permitirán definir acciones de capacitación y formación del gerente público y estrategias de mejora de su desempeño.

c. Formalización de un Acuerdo de Gestión

Ilustración 7: Instrumento para formalizar un Acuerdo de Gestión

ACUERDO DE GESTIÓN ENTRE EL SUPERIOR JERÁRQUICO XXX Y EL GERENTE PÚBLICO YYY

En la ciudad de _____ a los _____ días del mes _____ de _____, se reúnen XXXX, titular del cargo xxx, en adelante superior jerárquico, y YYY titular del cargo yyy, en adelante gerente público, a efectos de suscribir el presente ACUERDO DE GESTIÓN.

Las partes que suscriben este acuerdo lo hacen entendiendo que este instrumento constituye una forma de evaluar la gestión con base en los compromisos asumidos por el área _____, (oficina, ...) respecto al logro de resultados y en las habilidades gerenciales requeridas.

Las cláusulas que regirán el presente ACUERDO son:

PRIMERA: El ACUERDO implica la voluntad expresa del gerente público de trabajar permanentemente por el mejoramiento continuo de los procesos y asegurar la transparencia y la calidad de los productos encomendados.

SEGUNDA: El gerente público, se compromete, durante el lapso de vigencia del presente ACUERDO, a alcanzar los resultados que se detallan en el formato anexo, el cual hace parte constitutiva de este ACUERDO; asimismo se compromete a poner a disposición de la entidad sus habilidades técnicas y gerenciales para contribuir al logro de los objetivos institucionales.

TERCERA: El superior jerárquico se compromete a apoyar al gerente público para adelantar los compromisos pactados en este ACUERDO, gestionando las medidas, normas y recursos necesarios para el desarrollo de los programas y proyectos pactados.

CUARTA: Cuando se trate de proyectos financiados con recursos de inversión, la concreción de los compromisos asumidos por el gerente público en el presente ACUERDO quedará sujeta a la disponibilidad de los recursos presupuestarios necesarios para la ejecución de los mismos.

QUINTA: El presente ACUERDO será objeto de una evaluación al finalizar la vigencia y de seguimiento permanente. Dicha evaluación y seguimiento se realizarán sobre la base de indicadores de calidad, oportunidad y cantidad; las habilidades gerenciales serán objeto de retroalimentación cualitativa por parte del evaluador, para lo cual se utilizará el Formato de Evaluación que hace parte constitutiva de este ACUERDO.

SEXTA: Medios de Verificación. Para la evaluación y el seguimiento del presente ACUERDO se utilizarán como medios de verificación, los Planes Operativos o de Gestión Anual de la entidad y los informes de evaluación de los mismos, elaborados durante la vigencia por las oficinas de planeación y de control interno.

SÉPTIMA: Las partes suscriben el presente ACUERDO DE GESTIÓN por un periodo de _____ meses, desde el _____ de _____ de _____ hasta el _____ de _____

OCTAVA: El presente ACUERDO DE GESTIÓN podrá ser ajustado o modificado de común acuerdo entre las partes.

NOVENA: En prueba de conformidad se firma el ACUERDO DE GESTIÓN:

Firma Superior Jerárquico

Firma Gerente Público

Fuente: Reproducido del Departamento Administrativo de la Función Pública

http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrive_publicaciones?no=621 Consultado 2 de abril de 2016

B. Específico sanitario valenciano

La Conselleria de Sanidad y Salud Pública, desde 2004, pretendía buscar un sistema que le permitiera asegurarse que prestaba una asistencia sanitaria eficiente, segura y de calidad; adaptada a las necesidades de sus ciudadanos y/o pacientes.

La necesidad de llegar a estos objetivos hizo plantearse una gestión transparente y a su vez participativa, que dio lugar a los Acuerdos de Gestión de departamentos de salud, los cuales establecen los compromisos de objetivos comunes de mejora para el sistema sanitario, concordando de esta forma, con el Plan de Salud, dando así respuesta a las necesidades de salud de la sociedad:

- Ganar en salud
- Mejorar la atención prestada
- Asegurar la correcta utilización de los recursos

La evaluación de los indicadores que los conforman sirve para obtener resultados del desempeño de los diferentes departamentos, de sus unidades funcionales e inclusive de los profesionales a título individual. Así mismo permite establecer una relación con la productividad variable y con la carrera profesional

Hasta 2015 los Acuerdos de Gestión tenían un enfoque centrado en la gestión económica, ya en 2016 con la aparición del nuevo gobierno el enfoque se centra más en el paciente, evitando así hacer referencia a conceptos económicos. Aún así se mantienen indicadores de carácter económico en 2016, haciendo referencia al gasto desde otra perspectiva.

De los 10 indicadores de farmacia (referidos a medicamentos y prótesis), 6 son iguales que el año anterior, excepto el enfoque del gasto que desaparece, orientándolo de esta manera al paciente:

- **Adecuar el consumo de fármacos:** desviación de gasto por paciente ajustado a carga de enfermedad. → desaparece la palabra “gasto” en la definición pero sí que se hace referencia a este.
- **Precio medio por receta.**
- **Eficiencia en prescripción de exoprótesis (prótesis externas):** muletas, sillas de ruedas, etc.
- **Eficiencia en la selección de endoprótesis (prótesis internas):** bucales, corporales, etc.

- **Evolución del importe de las adquisiciones de farmacia hospitalaria** → referencia al gasto.
- **Eficiencia en las adquisiciones de farmacia hospitalaria** → orientando al paciente, pero con una referencia interna al gasto.

a. Cambios de 2012-2014:

En 2013, el objetivo de los Acuerdos de Gestión fue incidir sobre la eficiencia, para ello incidir en la sostenibilidad, reduciendo el gasto y mejorando la utilización de los recursos, sin olvidar la atención al paciente.

Para 2013, principalmente, se hizo una reforma en el número de indicadores, ya que en 2012 había un número elevado de indicadores (113), motivo por el cual tuvo que reducirse a 48 indicadores (19 de ellos modificados)

Otro de los puntos que fue reformulado fue el poco peso que se les reconoció a los indicadores de gestión de los recursos económicos en su puntuación a la hora de ser evaluados.

Un punto fundamental, ordenar los indicadores por grupos, en 2012 esto era inexistente, por lo tanto los objetivos a nivel organizativos eran difusos. De esta manera, fueron reformuladas las áreas en las que se agrupaban los indicadores:

- Calidad
- Asistenciales
- Gestión

Esta agrupación se mantuvo también para 2014.

La periodicidad con la que se evaluaban los indicadores en 2012 se modificó también para 2013 y 2014, pasó de ser anual a ser mensual.

En 2014 se controla de forma más exhaustiva el compromiso de la organización por la reducción del gasto farmacéutico, ya que el histórico sitúa a la Comunidad Valenciana en un gasto por receta y en un gasto farmacéutico por habitante superior a la media nacional.

b. 2015-2016:

Para 2015, como ya se ha comentado en la introducción de este punto, los indicadores de los Acuerdos de Gestión se centran más en la gestión económica que en 2016 que, con la entrada del nuevo gobierno, está más enfocado hacia el paciente, pero sin evitar el concepto “gasto”, aunque sin hacerle referencia explícita.

Los indicadores de 2015, se mantienen agrupados, como se venía haciendo desde 2013, y para los de 2016, esta agrupación, según el Plan de Salud, se modificó, como se comenta en la introducción.

Los Acuerdos de Gestión de 2016, han incorporado una novedad: la participación y consulta pública; donde ciudadanos y profesionales pueden expresar su opinión, mediante propuestas de mejora en un foro de discusión. Como resultado se han obtenido 5081 visitas, un 60 % de Valencia, y la línea estratégica que tuvo mayor auge fue la de:Innovación, reorientación y reorganización del sistema sanitario.

Capítulo 3

Diseño y metas de indicadores para los Acuerdos de Gestión

3.1 Diseño de Indicadores

Para llegar a conseguir los objetivos de mejora de los Acuerdos de Gestión (centrados en aspectos sobre el servicio prestado a los ciudadanos a los cuales durante el año se les establecen unas metas), estos se han medido mediante una serie de indicadores.

Para 2016 se han previsto 54 indicadores, este trabajo se centra en los 10 indicadores que hacen referencia a Farmacia, dado que todavía no están disponibles los resultados de 2016, el trabajo se centrará en los 10 Indicadores de farmacia de los Acuerdos de gestión de 2015, que serán sobre los que posteriormente también se evaluarán sus resultados.

A continuación se muestran los 10 indicadores de farmacia que serán evaluados:

a) Farmacia y receta:

Tabla 7: Indicador que mide la Adhesión a las guías farmacoterapéuticas

TÍTULO	Adhesión a las guías farmacoterapéuticas
DESCRIPCIÓN	Indicador que mide la adhesión de los tratamientos vigentes realizados según recomendaciones de las guías (urgencias, algoritmos,...) ponderado por el peso otorgado a cada guía.
FÓRMULA	$873.2 = 100 \sum_i \frac{PrGFAR_i \cdot Peso_i}{Pr_i}$ <p>Donde:</p> <p>PRGFAR: nº tratamientos vigentes realizados</p> <p>Peso: peso otorgado a la guía</p> <p>Pr: nº total de tratamientos vigentes referenciados en GFAR</p>
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO	<p>La unidad de medida de este indicador es el porcentaje (%), contiene valores comprendidos entre 0% y 100%. Si el resultado es:</p> <p>100%: todas las prescripciones se han realizado de acuerdo con las recomendaciones de las guías.</p> <p>0%: no hay ninguna prescripción que se haya hecho de acuerdo con las guías.</p> <p>50%: solo la mitad de las prescripciones de han hecho de acuerdo con las recomendaciones de las guías.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

Tabla 8: Indicador que mide la Desviación en el importe ambulatorio por paciente según morbilidad de farmaindex

TÍTULO	Desviación en el importe ambulatorio por paciente según morbilidad farmaindex.
DESCRIPCIÓN	Indicador que mide la desviación del importe farmacéutico ambulatorio, según la cantidad de personas que enferman en una población.
FÓRMULA	$971.2 = 100 \frac{Paci_{EqDpto.m}.1 * Presup_{PaciEq}.1}{GAIA090.1}$ <p>Donde:</p> <p>Paci_Eq_Dpto_m.1: nº de pacientes equivalentes</p> <p>Presup_Paci_Eq.1: importe farmacéutico ambulatorio máximo. Único para toda la Comunidad Valenciana</p> <p>GAIA090.1: importe farmacéutico de las recetas dispensadas.</p>
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO	<p>La unidad de medida del indicador es el porcentaje (%). El resultado puede ser:</p> <p>>=100%: Importe real igual o inferior al esperado, por lo tanto se cumple el objetivo que se deseaba.</p> <p><100%: Importe real supera al esperado, por tanto no se cumple el objetivo que se esperaba.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

Tabla 9: Indicador que mide el Precio medio por receta

TÍTULO	Precio medio por receta
DESCRIPCIÓN	Indicador que mide el precio medio por receta de los medicamentos que se dispensan a los pacientes enfermos
FÓRMULA	$970.1 = \frac{IMP_{AMB.1}}{REC_{DISPENS.1}}$ <p>Donde:</p> <p>IMP_AMB.1: importe de las recetas dispensadas</p> <p>REC_DISPENS.1: nº de recetas dispensadas</p>
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO	La unidad de medida de este Indicador es el euro (€)/receta

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

Tabla 10: Indicador sobre los Problemas relacionados con los medicamentos en el entorno ambulatorio

TÍTULO	Problemas relacionados con los medicamentos en el entorno ambulatorio
DESCRIPCIÓN	Indicador que mide el volumen de alertas por PRMs (Problemas relacionados con medicamentos, tales como alergias, intolerancias, contraindicaciones, etc.) que los profesionales sanitarios no tienen en cuenta.
FÓRMULA	$100 * \{ \text{PESO01} * (\text{GAIA619.1} / \text{GAIA511.1}) + \text{PESO02} * (\text{GAIA620.1} / \text{GAIA511.1}) + \text{PESO03} * (\text{GAIA621.1} / \text{GAIA511.1}) + \dots \}$ <p>Donde los PESOS van en relación a las alertas, por ejemplo:</p> <p>PESO1: alergias graves</p> <p>PESO2: alergias leve</p>
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO	La unidad de medida de este indicador es el porcentaje (%)

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

b) Farmacia hospitalaria

Tabla 11: Indicador sobre el Coste por paciente en patologías de alto impacto

TÍTULO	Coste por paciente en patologías de alto impacto
DESCRIPCIÓN	Indicador que mide la desviación por paciente para cada patología respecto al objetivo farmacéutico de pacientes externos. Estas patologías son consideradas de alto impacto económico
FÓRMULA	$\sum_{i=1}^{n=6} \left(\frac{\text{Importe Paciente Proyectado } i}{\text{Importe Objetivo } i} * \text{Peso Patología } i \right)$ <p>Donde:</p> <p>-Importe paciente proyectado:</p> $\frac{12}{n^{\circ} \text{ mes}} * \frac{\text{suma importe}}{\text{sips} * \frac{\text{meses medicacion}}{\text{meses completos}}}$ <p>-Importe objetivo: nº decimal asociado a "X" objetivo según patología asociada</p> <p>-Peso patología: obtenido a partir Del volumen de pacientes afectados por cada patología sobre El total de pacientes</p>
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO	<p>La unidad de medida de este indicador adimensional es el porcentaje (%), siendo:</p> <p>CAI=100%: se han alcanzado los objetivos</p> <p>CAI<100%: se han mejorado los objetivos</p> <p>CAI>100%: no se han alcanzado los objetivos</p>

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

Tabla 12: Indicador sobre la Eficiencia en las adquisiciones de farmacia hospitalaria

TÍTULO	Eficiencia en las adquisiciones de farmacia hospitalaria
DESCRIPCIÓN	Indicador que mide la eficiencia de la adquisición de productos farmacéuticos, como medida de reducción del coste, para llegar al precio marcado por el Ministerio de Sanidad.
FÓRMULA	$EA = 100 \frac{(PVL - \text{Deducción RDL} - \text{Otros Desg} + IVA - \text{Abonos})}{(PVL - \text{Deducción RDL}) + IVA}$ <p>Donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> -PVL: Precio oficial MS -Deducción RDL: Deducción obligatoria según Real Decreto
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO	<p>La unidad de medida de este indicador es el porcentaje (%), siendo:</p> <p>EA=100%: coste de adquisición igual a PVL+IVA</p> <p>EA<100%: coste de adquisición inferior al PVL+IVA</p>

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

Tabla 13: Indicador sobre la Evolución del gasto en adquisiciones de Capítulo II, farmacia hospitalaria

TÍTULO	Evolución del gasto en adquisiciones de Capítulo II, farmacia hospitalaria
DESCRIPCIÓN	Indicador que mide la evolución del gasto según las adquisiciones de medicamentos farmacéuticos respecto al año anterior
FÓRMULA	$EGFH = 100 \frac{GASTO_{Adq_t}}{GASTO_{Adq_{t-1}}}$ <p>Donde:</p> <p>-GASTO Adq: gasto de adquisiciones de medicamentos en el periodo "t", respecto al mismo periodo del año "t-1"</p>
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO	<p>La unidad de medida de este indicador es el porcentaje (%), siendo:</p> <p>EGFH=100%: importe igual que el año anterior</p> <p>EGFH<100%: importe reducido respecto año anterior</p> <p>EGFH>100%: importe aumenta respecto al año anterior</p>

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

Tabla 14: Indicador sobre el Grado de registro de la dispensación en las unidades de farmacia hospitalaria a pacientes externos

TÍTULO	Grado de registro de la dispensación en las unidades de farmacia hospitalaria a pacientes externos
DESCRIPCIÓN	Indicador que mide la dispensación de fármacos dispensados a pacientes ambulatorios para así facilitar el conocimiento de la efectividad de estos
FÓRMULA	$MDIS = 100 \frac{uds_registradas}{uds_consumidas}$ <p>Donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> -uds.registradas: nº de unidades registradas -uds.consumidas: nº de unidades consumidas
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO	<p>LA unidad de medida de este indicador es el porcentaje (%), donde el MDIS solo toma valores igual o inferior a 100%, siendo:</p> <p>MDIS=100%: todas las unidades consumidas se han registrado</p> <p>MDIS=30% de las unidades consumidas han sido registradas</p>

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

c) Farmacia de ortoprótesis

Tabla 15: Indicador sobre el Coste medio por intervención de endoprótesis

TÍTULO	Coste medio por intervención de endoprótesis
DESCRIPCIÓN	Indicador que mide el coste medio por intervención de endoprótesis, en un periodo determinado que concuerda con el mismo del año anterior.
FÓRMULA	$ECEN_d = \sum_{gt=1}^{14} \frac{\sum_{m=1}^n \frac{G_{gt,m} \cdot \frac{PMC_{gt,1}}{PMC_{gt,m}}}{NI_{gt,m}}}{\sum_{p=1}^n \frac{G_{gt,p}}{NI_{gt,p}}} \cdot \frac{\sum_{m=1}^n G_{gt,m}}{\sum_{m=1}^n GT_m}$ <p>Donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> -d: departamento de salud -gt: grupo terapéutico de endoprótesis -m: mes del año n -n: mes actual -G: gasto -PMC: Precio medio de catálogo -NI: nº de intervenciones -GT: gasto total -p: mes del año n-1
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO	La unidad de medida de este indicador es el porcentaje (%)

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

Tabla 16: Indicador sobre el Precio medio por prescripción de exoprótesis

TÍTULO	Precio medio por prescripción de exoprótesis
DESCRIPCIÓN	Indicador que mide la evolución del gasto medio de exoprótesis por cada prescripción.
FÓRMULA	$ECEX_d = \sum_{gt=1}^{11} \frac{\sum_{m=1}^n \frac{G_{gt,m} \cdot \frac{PMC_{gt,1}}{PMC_{gt,m}}}{NP_{gt,m}}}{\sum_{p=1}^n \frac{G_{gt,p}}{NP_{gt,p}}} \cdot \frac{\sum_{m=1}^n G_{gt,m}}{\sum_{m=1}^n GT_m}$
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO	La unidad de medida de este indicador es el porcentaje (%)

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

3.2 Metas

Ilustración 8: Metas indicadores de gestión 2015

	C.- Gestión									
	COSTE POR PACIENTE EN PATOLOGÍAS DE ALTO IMPACTO	DESVIACIÓN EN EL IMPORTE AMBULATORIO POR PACIENTE SEGÚN MORBILIDAD FARMAINDEX (FIX)	IMPORTE POR RECETA	ÍNDICE DE ADHESIÓN A LAS GUÍAS FARMACOTERAPÉUTICAS	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS EN EL ENTORNO AMBULATORIO	REGISTRO EN MDIS	COSTE MEDIO POR INTERVENCIÓN DE ENDOPRÓTESIS	PRECIO MEDIO POR PRESCRIPCIÓN DE EXOPRÓTESIS	EFICIENCIA EN LAS ADQUISICIONES DE FARMACIA HOSPITALARIA	EVOLUCIÓN DEL GASTO EN ADQUISICIONES DE CAPÍTULO II, FARMACIA HOSPITALARIA
Meta C. Valenciana	100,00%	100,00%	13,35 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 01 - Vinaroz	100,00%	100,00%	13,28 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 02- Castellón	100,00%	100,00%	13,84 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 03 - La Plana	100,00%	100,00%	12,46 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 04 - Sagunto	100,00%	100,00%	12,99 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 05 - VLC-Clinico-Malvarrosa	100,00%	100,00%	13,32 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 06 - Arnau de Vilanova	100,00%	100,00%	12,54 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 07 - VLC-La Fe	100,00%	100,00%	13,92 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 08 - Requena	100,00%	100,00%	13,17 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 09- VLC-Hospital General	100,00%	100,00%	13,39 €	85,00%	1,80%	100,00%	90,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 10 - VLC-Dr Peset	100,00%	100,00%	13,28 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 11 - La Ribera	100,00%	100,00%	12,59 €	85,00%	1,80%	100,00%	90,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 12 - Gandia	100,00%	100,00%	13,15 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 13 - Denia	100,00%	100,00%	13,71 €	85,00%	1,80%	100,00%	90,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 14 - Xàtiva-Ontinyent	100,00%	100,00%	13,46 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 15 - Alcoi	100,00%	100,00%	13,56 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 16 - La Marina Baixa	100,00%	100,00%	13,74 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 17 - ALC-San Juan	100,00%	100,00%	13,71 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 18 - Elda	100,00%	100,00%	13,66 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 19 - ALC-Hospital General	100,00%	100,00%	13,52 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 20 - ELX-Hospital General	100,00%	100,00%	13,83 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 21 - Orihuela	100,00%	100,00%	13,48 €	85,00%	1,80%	100,00%	95,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 22 - Torrevieja	100,00%	100,00%	13,38 €	85,00%	1,80%	100,00%	90,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 23 - Manises	100,00%	100,00%	13,05 €	85,00%	1,80%	100,00%	90,00%	95,00%	85,00%	100,00%
Meta Dpto 24 - Elix-Crevillent	100,00%	100,00%	13,59 €	85,00%	1,80%	100,00%	90,00%	95,00%	85,00%	100,00%

Fuente: Conselleria de Sanitat

En enero de 2015, la DGFP (dirección general de farmacia y productos sanitarios) propone modificar la meta para que pase de ser 1,80% a ser 2,24% (meta más laxa). El motivo primordial que hizo llegar a esto fue que en el mes de junio se implementaron nuevas alertas en el sistema de prescripción, lo que provocó que aumentara de manera importante el número de PRM (Problemas relacionados con medicamentos), concretamente interacciones en la población (la Comunidad Valenciana pasó de tener un valor del 1,87% en mayo a tener 2,18% en junio; salto importante dado que el valor estaba estabilizado).

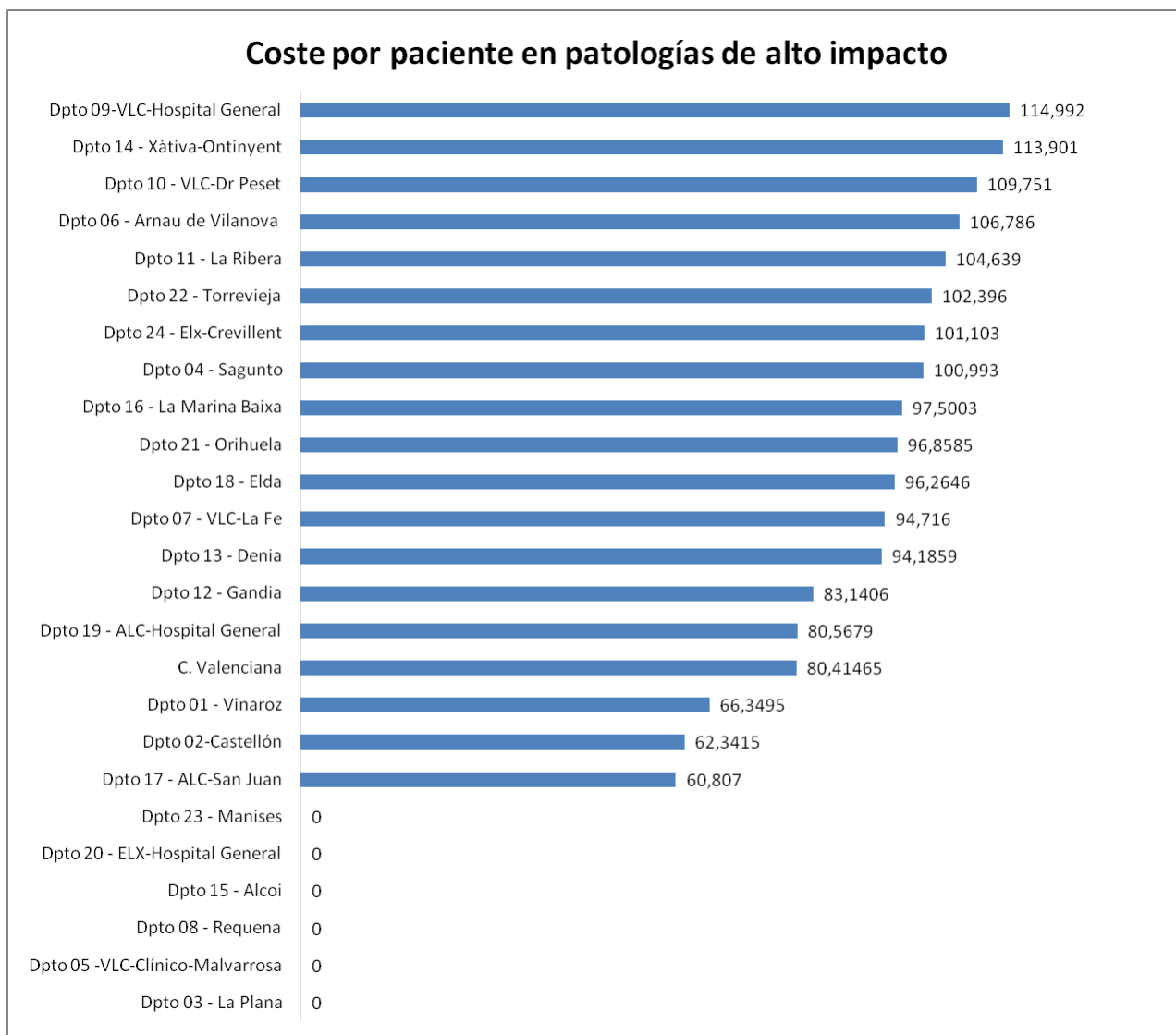
Si no se hubieran implementado nuevas alertas en el sistema, la Comunidad Valenciana hubiera acabado el ejercicio cumpliendo el objetivo del 1,80%. Puesto que esta medida ha sido ajena a los departamentos de salud, se propuso como nueva meta el valor de la Comunidad Valenciana a fecha de diciembre de 2015 (2,24%).

Capítulo 4

Resultados

4.1 Coste por paciente en patologías de alto impacto

Gráfico 1: Coste por paciente en patologías de alto impacto



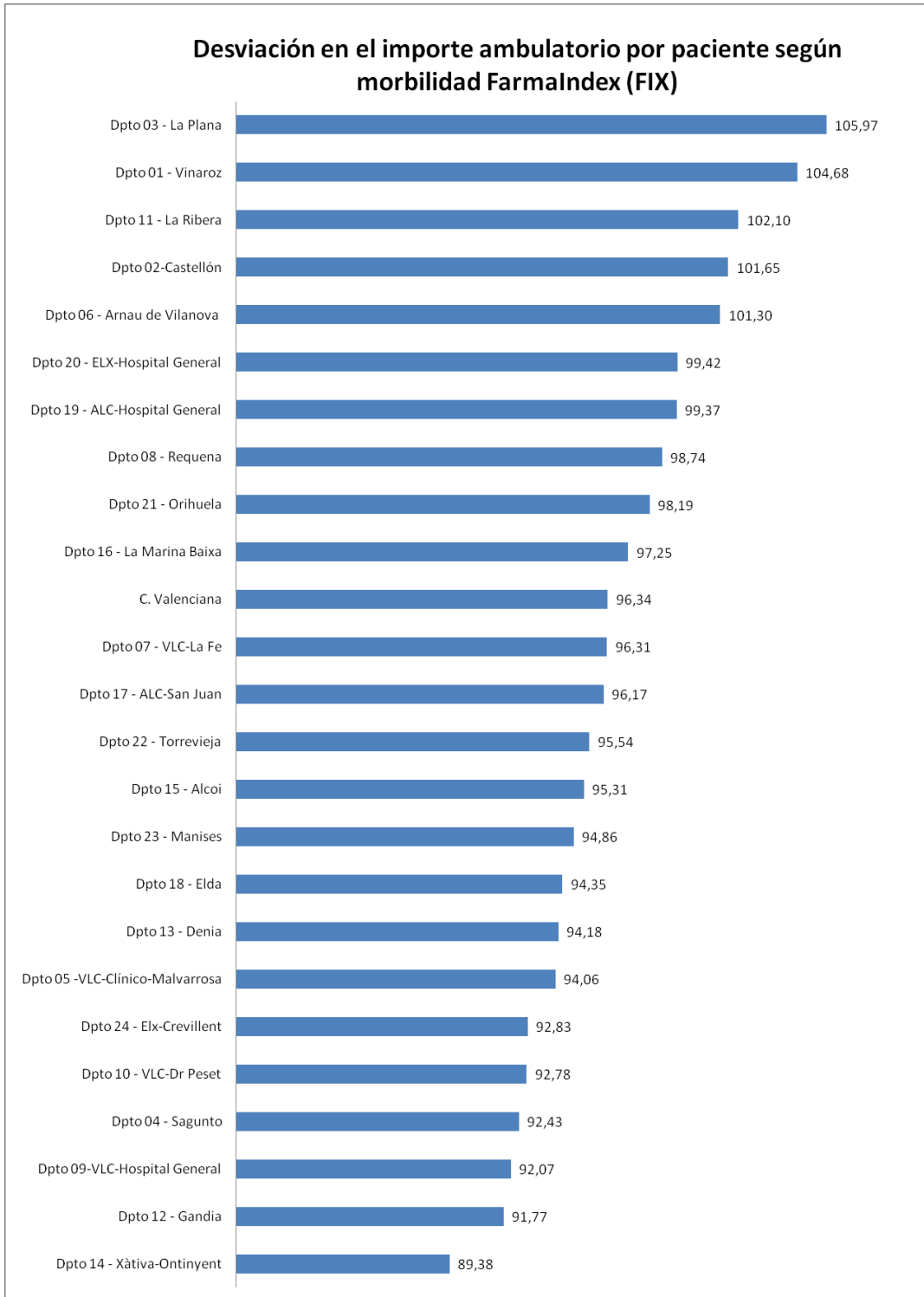
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

Como se aprecia, el Departamento que mejor resultado presenta y el que mejor cumple las metas que se había fijado es el Departamento 09, que pertenece al Hospital General de Valencia, superando este el 100% (114.992), por otro lado hay varios Departamentos que presentan resultados nulos (0), como son el Hospital General de Elche, el Hospital de Manises, Alcoy, Clínico Malvarrosa, Requena y La Plana. Estos no cumplen las metas que previamente se habían fijado, ni si quiera un ¼ de estas.

Como Departamentos intermedios, en cuanto a cumplimiento de metas, se encuentran El Hospital La Fe, y el Departamento de Denia, con un 94% aproximadamente, casi llegando a la meta (100%). Uno de los motivos de este hecho puede ser la administración de los recursos.

4.2 Desviación en el importe ambulatorio por paciente según morbilidad FarmaIndex (FIX)

Gráfico 2: Desviación en el importe ambulatorio por paciente según morbilidad FarmaIndex (FIX)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

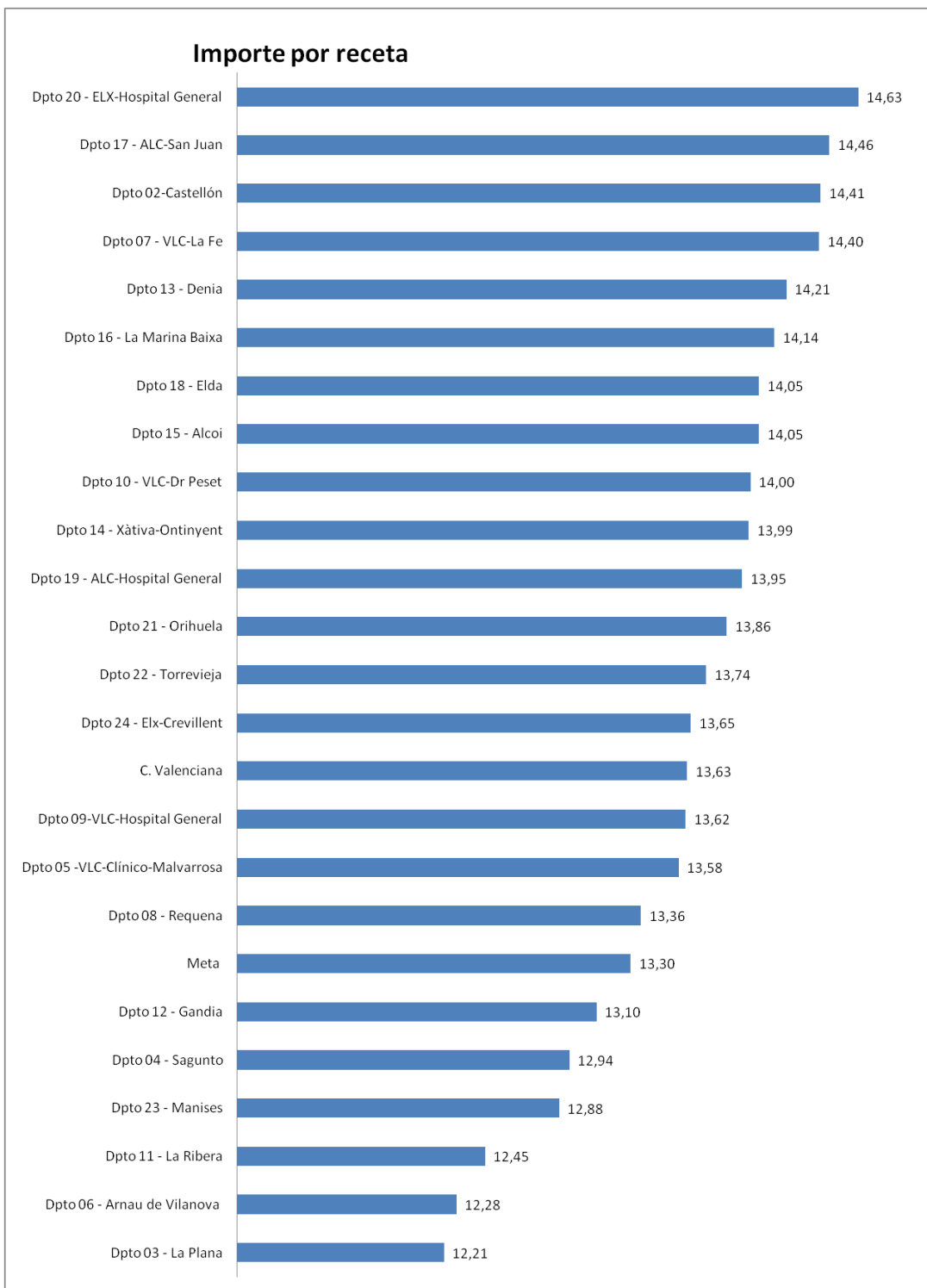
En cuanto a la gráfica de la Desviación en el importe ambulatorio por paciente según morbilidad FarmalIndex, destaca en comparación con la anterior que no hay ningún valor nulo, al menos los 24 Departamentos se acercan a la meta que previamente se habían fijado (100%).

El Departamento 03- La Plana, es el mejor posicionado ocupando el primer lugar entre los 24, con un 105.97 %, sobrepasando el nivel de la meta. Por tanto se cumple el objetivo que se había fijado.

En un nivel intermedio cumpliendo la meta en su totalidad, se encuentra el Departamento 20- Hospital General de Elche. Y en última posición, no muy alejado de la meta, pero aun así como es < 100 no se cumple el objetivo que se esperaba, se encuentra el Departamento 14 Xàtiva-Ontinyent (89.38%)

4.3 Importe medio por receta

Gráfico 3: Importe medio por receta



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

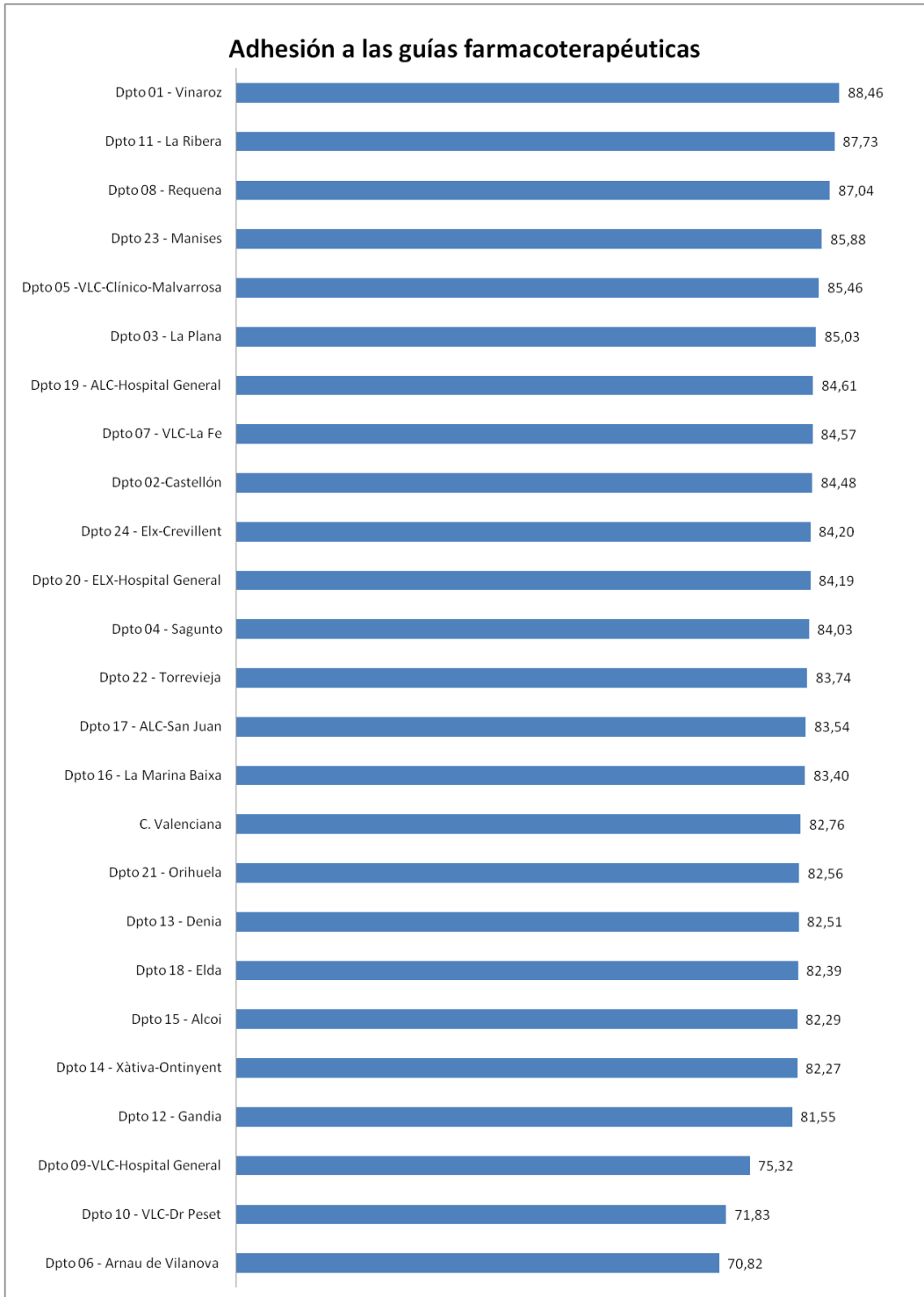
Haciendo referencia al Departamento 20, El Hospital General de Elche, el cual se encuentra en primera posición, se aprecia que ha superado el importe de la meta en €, que previamente se había fijado (13.35€).

En cambio, aquel que no ha llegado al importe mínimo fijado, quedándose a menos de 0.50€ por debajo de la meta es el Departamento 03- La Plana, con un importe de 12.21€ encontrándose de esta manera en última posición.

Con estos datos, se puede afirmar que este Indicador, ha sido uno de los que gran parte de los Departamentos de Salud han superado la meta o se han acercado al ratio que se fijó anteriormente para el 2015.

4.4 Adhesión a las guías farmacoterapéuticas

Gráfico 4: Adhesión a las guías farmacoterapéuticas



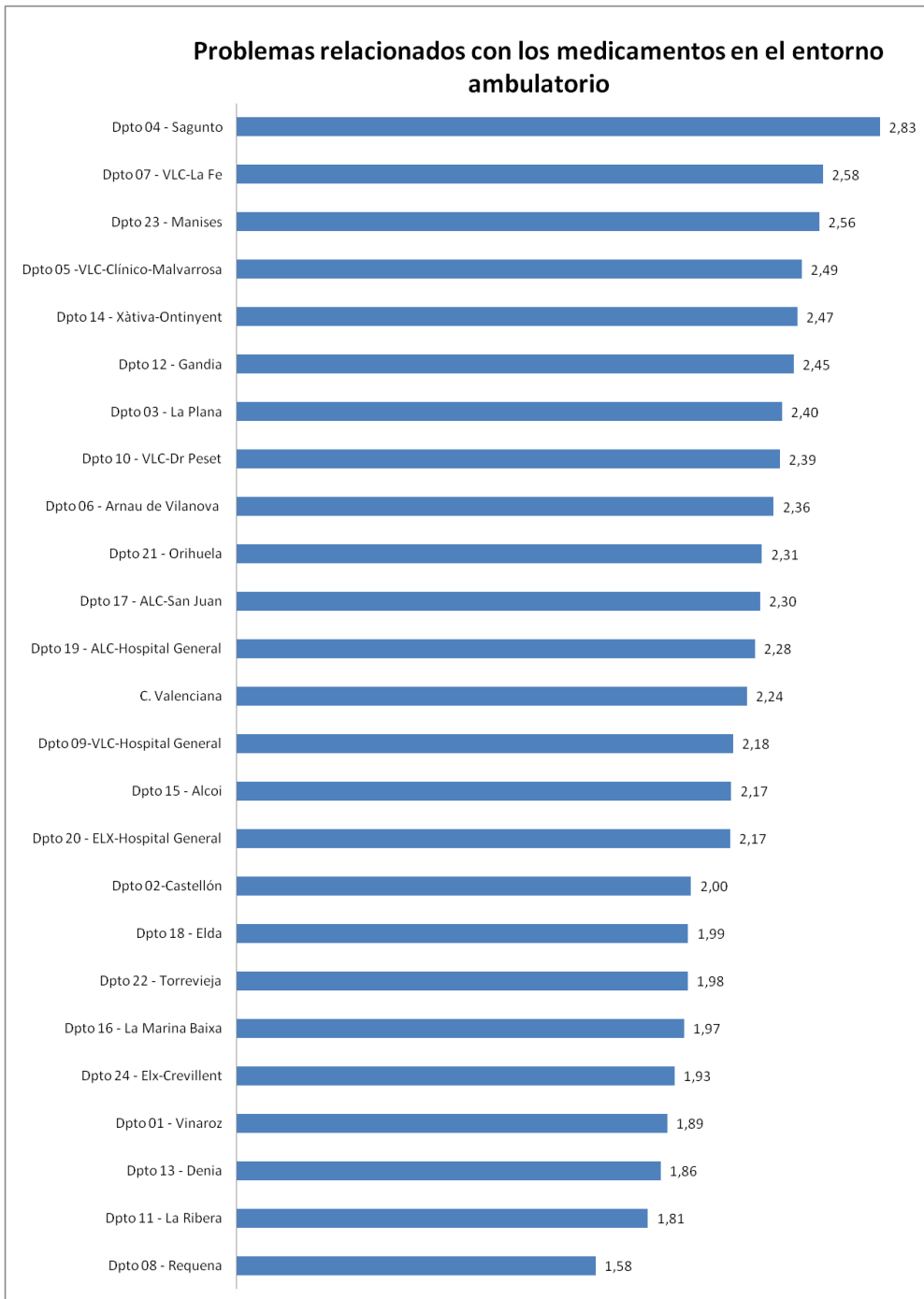
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

La meta general que se estableció para la Adhesión a las guías farmacoterapéuticas, era del 85%, según aparece en el gráfico anterior, la mayoría de Departamentos superan o están próximos a ese porcentaje, esto supone que no todas las prescripciones se han hecho de acuerdo con las recomendaciones de las guías, pero en cambio, sí que se ha llegado aproximadamente a lo que se quería. Por tanto, es un buen dato, respecto a las metas.

Por otra parte hay departamentos que están por debajo de dicho porcentaje, como son: Arnau de Vilanova, Gandia, Dr.Peset, entre otros. Estos están próximos al 50%, lo cual, más de la mitad de las prescripciones se han realizado de acuerdo a las recomendaciones de las guías.

4.5 Problemas relacionados con los medicamentos en el entorno ambulatorio

Gráfico 5: Problemas relacionados con los medicamentos en el entorno ambulatorio



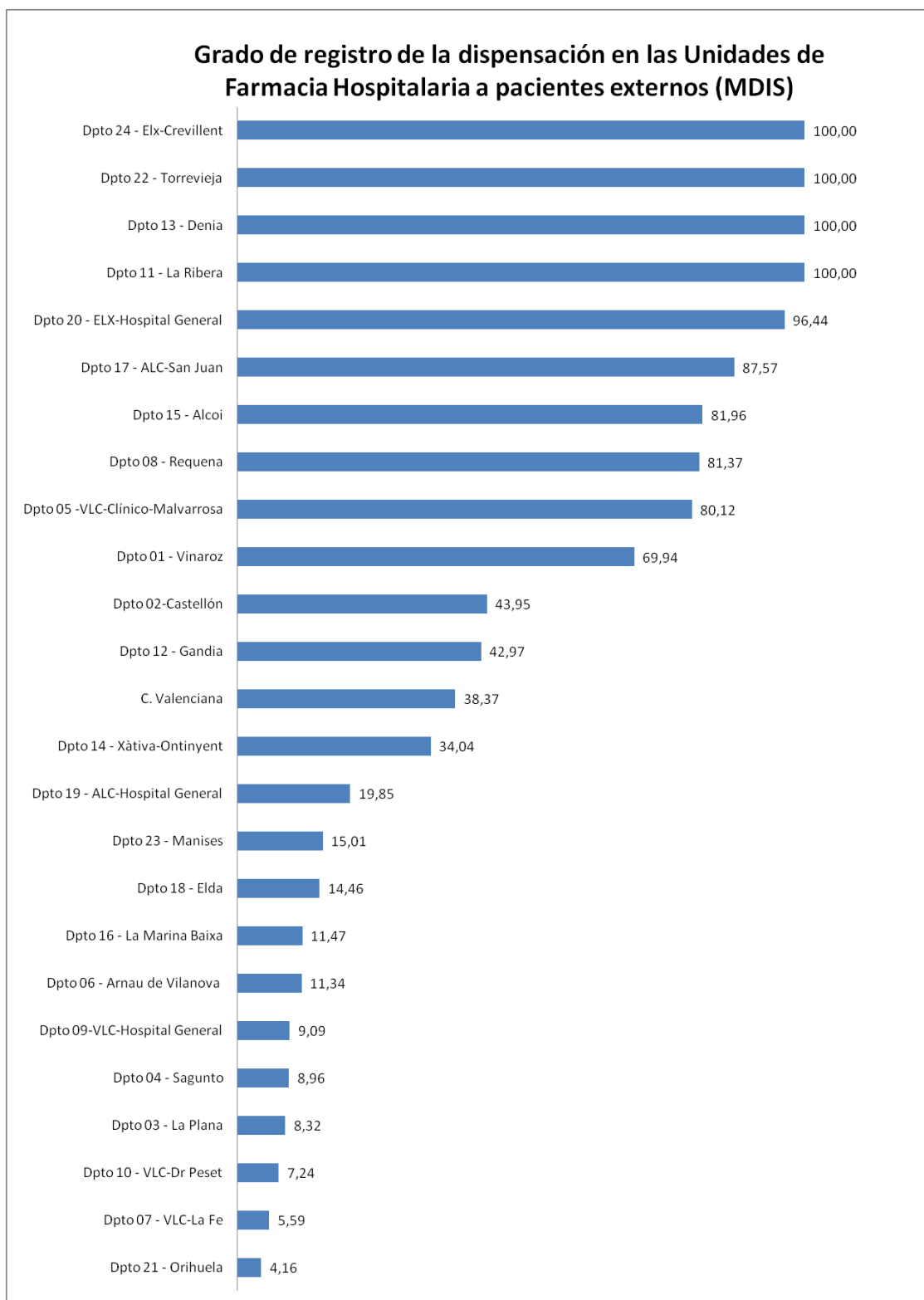
Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

En el gráfico se aprecia que, en relación a los Problemas relacionados con los medicamentos en el entorno ambulatorio todos los Departamentos excepto uno, Requena, sobrepasan la meta (1.80%), lo que quiere decir que, miden el volumen de alertas relacionadas con problemas relacionados con medicamentos (alergias, intolerancias, etc.) en su totalidad. Dicho Departamento, se encuentra en última posición.

El Departamento que tiene un porcentaje más elevado es el Departamento de Sagunto, superando la meta fijada con un 2.83%.

4.6 Grado de registro de la dispensación en MDIS

Gráfico 6: Grado de registro de la dispensación en MDIS



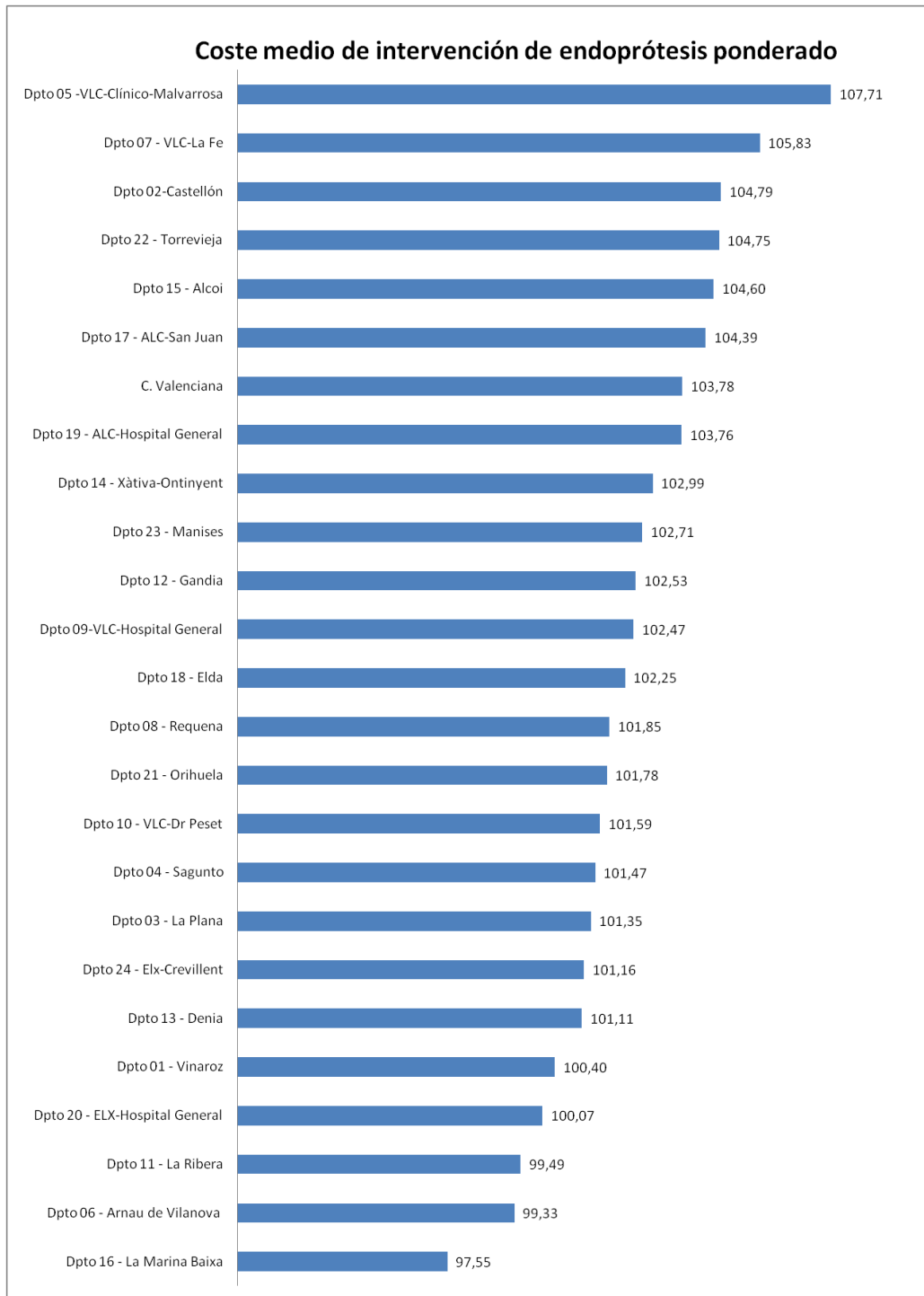
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

En cuanto al Grado de registro de la dispensación en MDIS, son 4 de los 24 departamentos los que cumplen en su totalidad con la meta (100%), estos son: Elche, Torrevieja, Denia y La Ribera. Lo que quiere decir que, estos miden a la perfección la dispensación de fármacos, hecho que certifica que todas las unidades consumidas se han registrado.

Por otro lado Orihuela, La Fe y el Peset, son Departamentos que no llegan ni a un 10 % de su meta, es decir, ni una décima parte de las unidades que se han consumido se han registrado posteriormente.

4.7 Coste medio de intervención de endoprótesis

Gráfico 7: Coste medio de intervención de endoprótesis



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

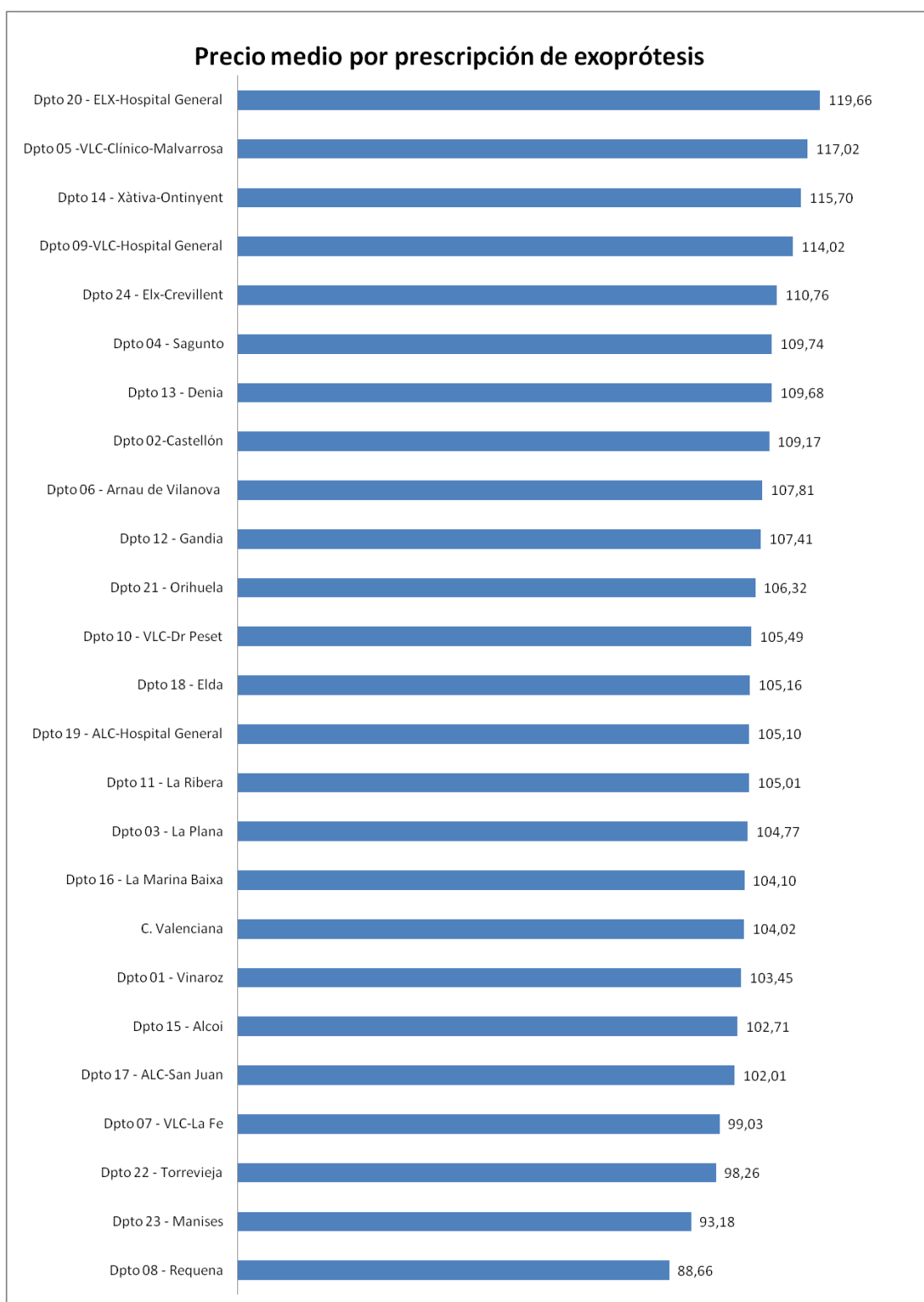
Al analizar la siguiente gráfica, se aprecia que, todos los Departamentos sobrepasan la meta que se había fijado, que era del 95%, hecho que indica que el coste medio por intervención de endoprótesis en este periodo (2015), en relación al año anterior se ha superado.

El Departamento con mayor porcentaje es el Departamento 05- VLC- Clínico- Malvarrosa, con un 107.71%.

No hay ningún departamento que esté por debajo de la meta, el porcentaje más bajo es de 97.55%, que corresponde al Departamento 16- La Marian Baixa, por tanto, esto es un hecho positivo, ya que indica que todos los departamentos han cumplido su objetivo.

4.8 Precio medio por prescripción de exoprótesis

Gráfico 8: Precio medio por prescripción de exoprótesis



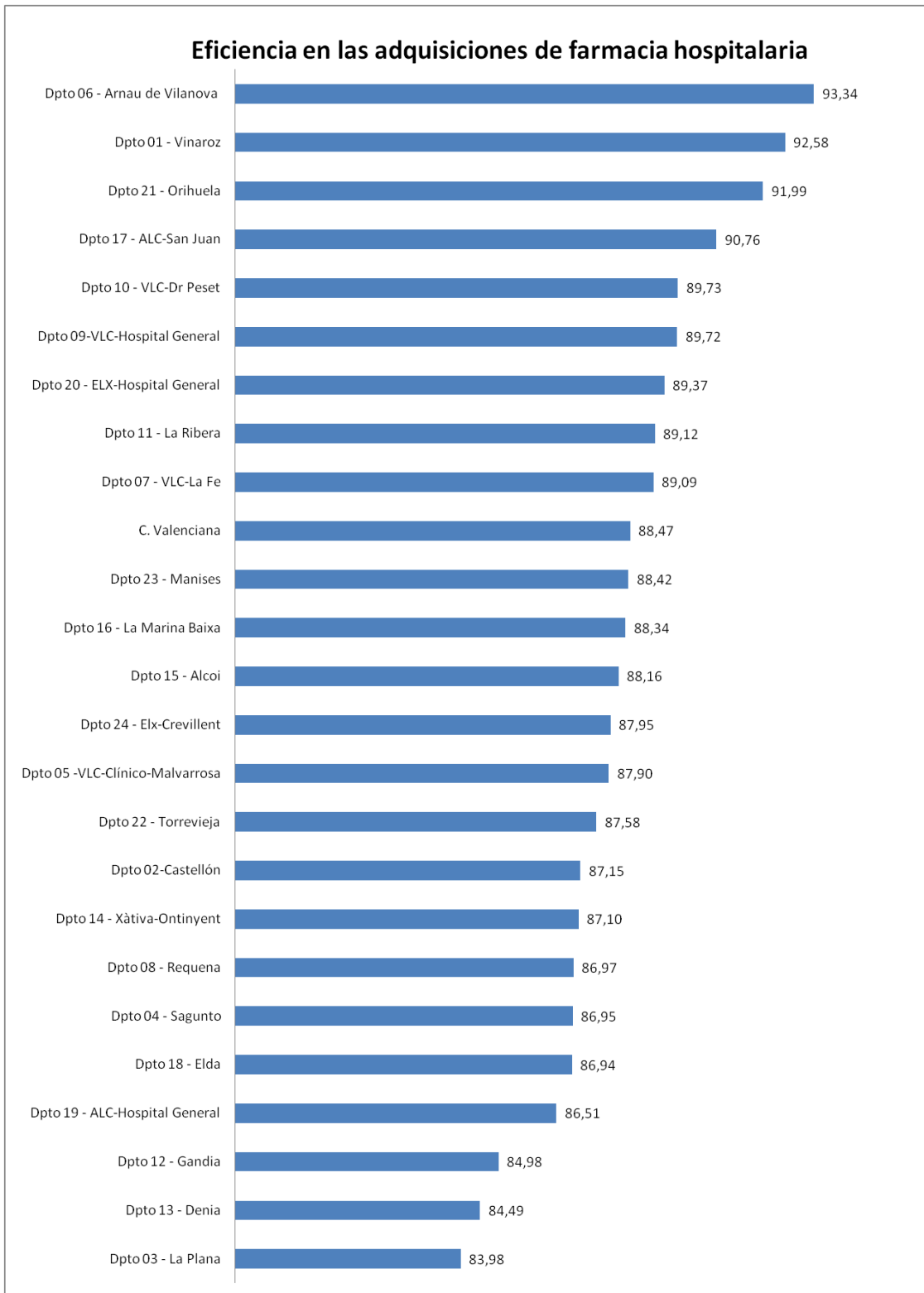
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

En relación al gráfico del indicador de Precio medio por prescripción de exoprótesis, que mide la evolución del gasto medio de exoprótesis por cada prescripción, cabe decir que, todos los departamentos excepto dos, Manises y Requena, han superado la meta que estaba fijada en un 96%.

El departamento con mayor porcentaje es el Hospital de Elche, con un 119.66% y el de menor porcentaje el de Requena con un 88.66%. Se comprueba así por tanto, que el Departamento de Requena, es el que no está cumpliendo con sus objetivos.

4.9 Eficiencia en las adquisiciones de farmacia hospitalaria

Gráfico 9: Eficiencia en las adquisiciones de farmacia hospitalaria



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

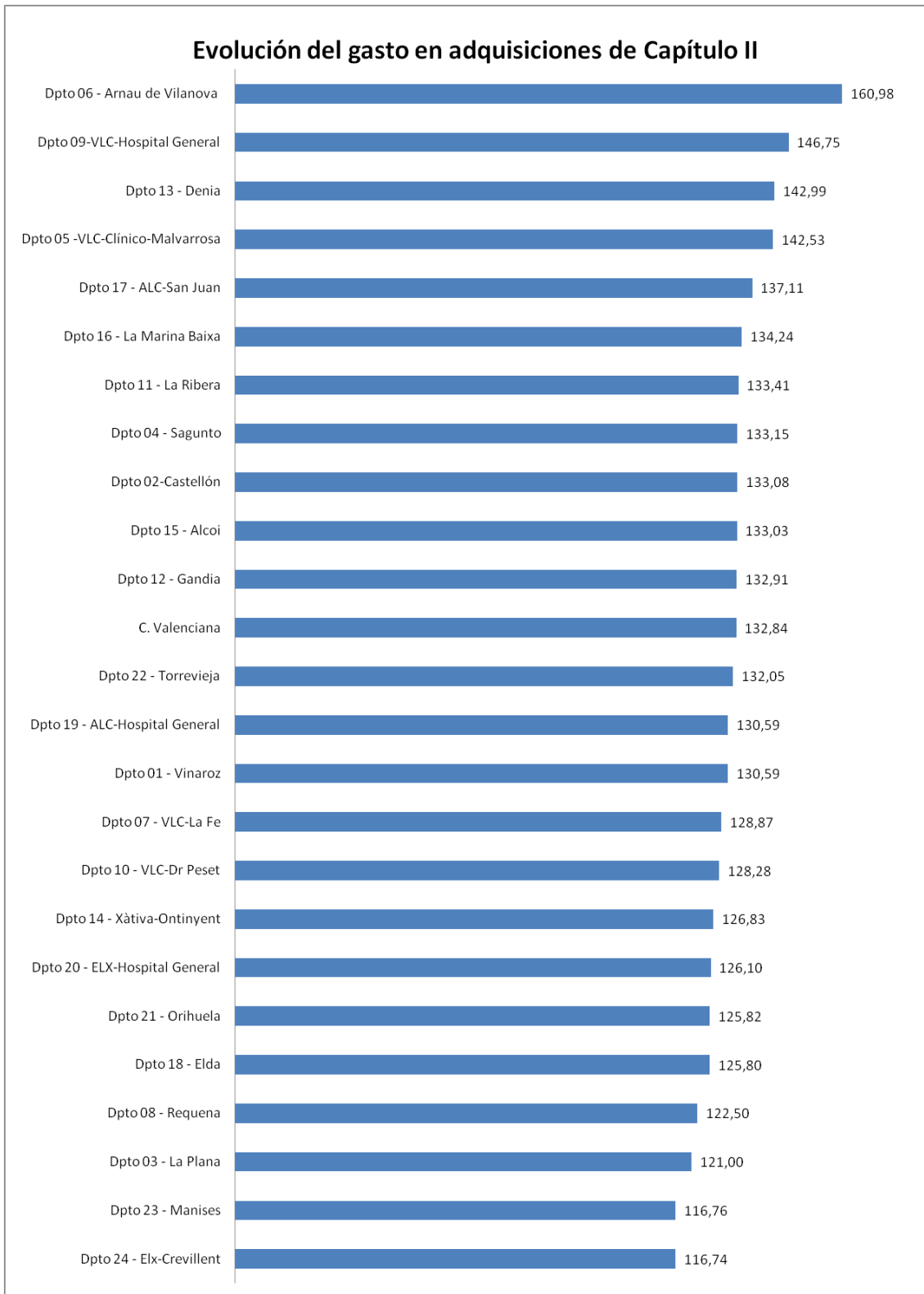
En este gráfico se mide la eficiencia de la adquisición de productos farmacéuticos, como medida de reducción del coste.

El departamento con un mayor porcentaje es el Arnau de Vilanova, y junto con los demás departamentos menos 4, sobrepasan todos la meta (96%).

El departamento que no llega a la meta y que está en última posición es el Departamento 03-La Plana.

4.10 Evolución del gasto en adquisiciones de Capítulo II

Gráfico 10: Evolución del gasto en adquisiciones de Capítulo II



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Conselleria

En el último gráfico se observa que, todos los Departamento han sobrepasado la meta que se habían fijado (100%), por tanto el gasto según adquisiciones de medicamentos farmacéuticos es mayor respecto al año anterior porque sobrepasan el 100 %.

El Departamento con mayor gasto en medicamentos farmacéuticos es el Departamento 06- Arnau de Vilanova, y el Departamento con menor gasto farmacéutico es el Departamento 24- Elche.

Capítulo 5

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Las principales conclusiones de este proyecto son las siguientes:

1. Los Acuerdos de Gestión son un instrumento muy válido para establecer objetivos y evaluar la gestión de diferentes Departamento de Salud.
2. En 2016 se ha establecido un nuevo enfoque de los indicadores incluidos en los Acuerdos de Gestión para procurar que se incentive más la calidad de la asistencia y la ganancia en salud de los pacientes.
3. En la elaboración de los indicadores se ha implantado una metodología participativa para recoger los intereses de profesionales y pacientes.
4. Al tratarse de una nueva metodología en el momento de redactar este TFG no se disponían de resultados.
5. Los resultados de los indicadores de los Acuerdos de Gestión analizados por departamento de salud presentan una gran variabilidad, aunque hay Departamentos que en la mayoría de Indicadores se muestran en buen lugar como es el Departamento de Elche.
6. En los indicadores de farmacia analizados no se ha establecido una puntuación global sintética que establezca un ranking de departamentos.

Recomendaciones

1. Agilizar e informatizar el proceso de recogida de datos para la elaboración de los indicadores de modo que se pueda disponer de resultados mensuales por departamento.
2. Establecer incentivos transparentes por la consecución de objetivos con recompensas y penalizaciones claras. Estos existen, pero no existe transparencia respecto a ellos.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. (2016). ACORDS DE GESTIÓ 2016 DELS DEPARTAMENTS DE SALUT. Consultada el 15 de febrero de 2016, en http://www.san.gva.es/documents/151311/6339263/AG2016InformeConsultaPublicaFeb16_val.pdf
- CEF: Centro de Estudios Financieros . (2016). Sistema sanitario español: Antecedentes históricos. Consultado el 16 de marzo de 2016, en <http://www.gestion-sanitaria.com/2-sistema-sanitario-espanol.html>
- Clemente, A. (2014). Análisis de la eficiencia de la gestión hospitalaria en la Comunidad Valenciana. Influencia del modelo de gestión. Valencia: Universitat Politècnica de València.
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana . (2016). Acuerdo de Gestión 2016: Sistema de objetivos. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana . (2016). Organització territorial departaments de salut. Consultada el 20 de mayo de 2016, en <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/organizacion-territorial>
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. (s.f.). Sistema Sanitario Público Valenciano: Recursos. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Departamento Administrativo de la Función Pública. (s.f.). GUÍA METODOLÓGICA PARA LA ELABORACIÓN DE UN ACUERDO DE GESTIÓN. Consultado el 2 de abril de 2016, en http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrive_publicaciones?no=621
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2016). Indicador del Precio Medio por Prescripción de Exoprótesis. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2015). Indicadores de Farmacia y Ortoprótesis incluidos en el Acuerdo de Gestión del año 2014: Resultados. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2016). Indicador de la Adhesión a las Guías Farmacoterapéuticas. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2016). Indicador de la Desviación en el Importe Ambulatorio por Pacientes según Morbilidad FarmaIndex (FIX). Valenia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2016). Indicador de la Eficiencia en las Adquisiciones de Farmacia Hospitalaria. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2016). Indicador de la Evolución del Gasto en Adquisiciones de Capítulo II, Farmacia Hospitalaria. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2016). Indicador de Problemas Relacionados con los Medicamentos en el Entorno Ambulatorio. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2016). Indicador del Coste Medio por Intervención de Endoprótesis. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2016). Indicador del Coste por Paciente en Patologías de Alto Impacto. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2016). Indicador del Grado de Registro de la Dispensación en las Unidades de Farmacia Hospitalaria a Pacientes Externos (MDIS). Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2016). Indicador del Precio Medio por Receta. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2016). Metas de los Indicadores de los Acuerdos de Gestión 2015. Valencia: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
- Esteve, L. (2015). Análisis de la demanda y costes de las pruebas de imagen médica realizadas en servicio de radiología. València: Universitat Politècnica de València.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2016). IV Pla de Salut 2016-2020 Comunitat Valenciana. Consultado el 26 de marzo de 2016, en

http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV+PLA+DE+SALUT_Llibre+Valencia_web.pdf

- Martínez Ramos, C. (2009). El Sistema de Salud: Situación Actual. Revista REDUCA Recursos Educativos, Serie Medicina, vol.1
- Ministerio de igualdad y consumo. Gobierno de España. (2008). Sistema Nacional de Salud. España. Consultado el 11 de febrero de 2016, en <http://www.uv.es/=atortosa/SNS08.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. (2015). Indicadores clave sistema nacional de salud. Consultado el 6 de marzo de 2016, en <http://inclasns.msssi.es/main.html>
- OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2015). Health at a Glance 2015. OECD Indicators. Summary in Spanish. OECD Publishing.
- OECD. (2015). Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.
- Peiró, M., y Barrubés, J. (2012). Nuevo contexto y viejos retos en el sistema sanitario. Revista Española de Cardiología, 65 (4), 651-655.

ANEXOS

ANEXO1: RESULTADOS DE LOS 10 INDICADORES DE FARMACIA

ID	Indicador	Entidad	Resultado a 31 de Enero de 2015	Resultado a 28 de Febrero de 2015	Resultado a 31 de Marzo de 2015	Resultado a 30 de Abril de 2015	Resultado a 31 de Mayo de 2015	Resultado a 30 de Junio de 2015	Resultado a 31 de Julio de 2015	Resultado a 31 de Agosto de 2015	Resultado a 30 de Septiembre de 2015	Resultado a 31 de Octubre de 2015	Resultado a 30 de Noviembre de 2015	Resultado a 31 de Diciembre de 2015
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	COMUNITAT VALENCIANA	95,65	97,06	97,26	85,30	84,76	77,85	77,19	81,95	81,06	80,47	79,86	80,41
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto01 - Vinaròs	91,49	96,55	97,90	93,23	86,50	79,27	75,10	71,15	68,06	65,33	63,36	66,35
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto02 - Castellón	N/D	N/D	N/D	64,16	64,47	64,75	65,08	63,89	62,78	62,23	61,25	62,34
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto03 - La Plana	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto04 - Sagunto	99,02	97,57	98,24	99,27	99,53	100,25	101,21	100,20	100,45	100,73	101,00	100,99
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto05 - Valencia - Clínico - Malvarrosa	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto06 - Valencia - Arnau de Vilanova - Liria	100,58	102,37	105,35	106,43	107,06	107,52	108,80	107,20	107,17	107,12	106,96	106,79
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto07 - Valencia - La Fe	101,94	102,32	100,70	98,48	103,59	104,58	103,71	101,36	99,09	96,91	95,84	94,72
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto08 - Requena	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto09 - Valencia - Hospital General	99,37	96,53	95,31	132,65	128,01	124,53	122,09	120,30	118,76	117,38	116,19	114,99
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto10 - Valencia - Doctor Peset	105,56	105,17	105,71	106,82	107,08	107,63	108,81	107,68	107,86	108,36	109,08	109,75
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto11 - La Ribera	100,41	101,85	102,01	103,90	104,25	104,32	104,79	105,00	104,83	104,96	104,96	104,64
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto12 - Gandia	95,87	100,12	95,17	92,90	93,89	92,01	89,75	87,42	85,54	84,08	82,78	83,14
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto13 - Denia	96,80	95,37	94,89	95,52	94,40	93,63	94,81	94,75	94,20	94,58	94,11	94,19
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto14 - Xàtiva - Ontinyent	90,87	93,76	100,38	104,74	107,37	109,31	111,63	111,17	111,84	112,59	113,54	113,90
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto15 - Alcoy	91,06	94,51	86,90	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto16 - La Marina Baixa	93,60	95,06	96,04	97,36	98,48	98,50	99,21	98,56	98,46	98,65	97,83	97,50
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto17 - Alicante - Sant Joan d'Alacant	93,37	94,03	97,46	93,86	86,94	80,09	74,70	70,36	66,42	63,07	60,32	60,81
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto18 - Elda	96,53	97,34	98,47	99,65	100,08	100,04	99,26	97,46	96,60	96,30	96,12	96,26
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto19 - Alicante - Hospital General	76,95	80,16	80,77	82,22	82,30	82,66	83,16	81,51	81,34	81,78	81,00	80,57
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto20 - Elche - Hospital General	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto21 - Orihuela	91,52	94,23	95,36	96,86	97,35	98,05	99,11	98,01	97,75	97,82	97,11	96,86
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto22 - Torrevieja	101,97	100,91	101,68	102,22	102,18	102,26	103,27	103,00	102,90	102,59	102,49	102,40
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto23 - Manises	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
GA	Coste por paciente en IA2 patologías 68 de alto impacto	Dpto24 - Elche - Crevillent e - Aspe	98,23	99,73	99,40	99,67	100,29	100,17	100,88	101,32	101,25	101,10	101,18	101,10

ANEXO 2: ACUERDOS DE GESTIÓN 2016

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública 2016

GANAR EN SALUD		
OBJETIVO/INDICADOR	DESCRIPCIÓN BREVE	PLAN DE SALUD LÍNEA-OBJETIVOS
CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Proporción de personas con hipertensión arterial que presentan valores adecuados en los controles	1.1 2.1 2.2
CONTROL DEL COLESTEROL EN PACIENTES EN TRATAMIENTO	Proporción de personas en tratamiento continuo para el colesterol que presentan valores adecuados en los controles analíticos	1.1 2.1 2.2
CONTROL DE LA DIABETES TIPO II	Proporción de personas con diabetes tipo II que presentan valores adecuados en los controles analíticos	1.1 2.2 2.4
CÁLCULO DEL RIESGO CARDIOVASCULAR	Proporción de personas con algún factor de riesgo (hipertensión, tabaco, diabetes...) en cuya historia clínica se ha registrado el cálculo de su riesgo	1.1 2.1 2.2
VISITAS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS Y PALIATIVOS	Consultas a domicilio a pacientes crónicos de alta complejidad o paliativos realizadas por los profesionales de enfermería de atención primaria	1.1 2.8 4.4
COBERTURA VACUNAL ANTIGRIPIAL	Proporción de personas mayores de 64 años vacunadas de la gripe	1.1 4.4
COBERTURA DEL CRIBADO UNIVERSAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	Proporción de mujeres mayores de 14 años atendidas en atención primaria a las que se realiza el cribado de violencia de género	1.1 3.2
OPTIMIZAR LA UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS	Proporción de los antibióticos prescritos para procesos respiratorios causados por una infección bacteriana, para evitar las resistencias	1.1 1.3
GESTIÓN ADECUADA DE ALERTAS POR RESISTENCIAS ANTIMICROBIANAS	Alertas por resistencias antimicrobianas identificadas y seguidas por los servicios de microbiología	1.1 1.2 1.4
REVISIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS MEDICAMENTOS	Revisión de pacientes crónicos con problemas relacionados con los medicamentos (PRM) según su morbilidad y riesgo clínico	1.1 2.8
OPTIMIZAR CESÁREAS EN GRUPOS DE BAJO RIESGO	Proporción de cesáreas realizadas en partos con bajo riesgo de cesárea	1.1 4.3
PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA INTERVENIDOS EN LAS PRIMERAS 48 HORAS	Proporción de pacientes con ingreso hospitalario por fractura de cadera intervenidos quirúrgicamente antes de 48 horas	1.1 4.4
PREVENIR HOSPITALIZACIONES POTENCIALMENTE EVITABLES	Proporción de pacientes ingresados a causa de enfermedades crónicas que requieren autocuidado y vigilancia ambulatoria principalmente en atención primaria	1.1 2.2 2.5
MINIMIZAR REINGRESOS A 30 DÍAS	Proporción de pacientes con reingreso hospitalario urgente por una causa relacionada con el primer ingreso, en los 30 días siguientes al alta	1.1 1.2
MINIMIZAR RETORNO A URGENCIAS A 72 HORAS	Proporción de pacientes que vuelven al servicio de urgencias en menos de 72 horas desde la primera atención	1.1 1.2
POTENCIAR LA NOTIFICACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS	Notificación de efectos adversos y utilización de la información del sistema de registro por parte de los profesionales	1.1 1.4

MEJORAR LA ATENCIÓN PRESTADA		
OBJETIVO/INDICADOR	DESCRIPCIÓN BREVE	PLAN DE SALUD LÍNEA-OBJETIVOS
CITA PARA PRIMERAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MENOS DE 48 HORAS	Citas antes de 48 horas para primeras consultas de medicina familiar y pediatría solicitadas por los pacientes	1.2 3.4
MEJORAR LA INFORMACIÓN DISPONIBLE DEL NIVEL EDUCATIVO DE LA POBLACIÓN ATENDIDA	Proporción de pacientes cuyo nivel educativo se ha registrado en su historia de salud, con especial atención a mujeres embarazadas	1.2 1.4 3.1
OPTIMIZAR EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES GÁSTRICAS	Proporción de la utilización del omeprazol para el tratamiento de enfermedades gástricas en las que es el fármaco más coste- efectivo, seguro y con mayor experiencia de uso	1.2 1.3 3.4
MEJORAR LA ADECUACIÓN DE LA DERIVACION DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	Proporción de interconsultas a consulta externa de hospital o centro de especialidades solicitadas por los médicos y pediatras de atención primaria, respecto al total de consultas que realizan	1.2 3.4
MINIMIZAR LA DEMORA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS DE HOSPITAL Y CENTRO DE ESPECIALIDADES	Tiempo medio que deben esperar los pacientes para ser vistos en primera consulta de centro de especialidades o consulta externa hospitalaria	1.2 3.4
MINIMIZAR LA DEMORA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS DE CARDIOLOGÍA	Tiempo medio que deben esperar los pacientes para una primera consulta de cardiología	1.2 2.2 3.4
MEJORAR LA ADECUACIÓN DE LAS DERIVACIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA A SALUD MENTAL	Proporción de interconsultas solicitadas por los profesionales de atención primaria a las unidades de salud mental que son aceptadas	1.2 2.7 3.4
REDUCIR LA DEMORA EN LAS PRIMERAS CONSULTAS DE LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL	Tiempo medio que deben esperar los pacientes para ser atendidos en las unidades de salud mental (adultos y niños)	1.2 2.7 3.4
INCLUSIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL	Proporción de pacientes con trastorno mental grave que tienen un plan de atención integral completado en su historia de salud	1.2 2.7...2.8 3.4
REDUCIR EL TIEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN EL CRIBADO MAMOGRÁFICO	Semanas transcurridas desde que se solicita la primera prueba para la confirmación diagnóstica hasta el inicio del tratamiento	1.2 2.3 2.9
ATENCIÓN EN URGENCIAS EN EL TIEMPO ADECUADO	Proporción de pacientes atendidos en urgencias hospitalarias en el tiempo adecuado	1.2 3.4
RENDIMIENTO DE LAS UNIDADES DE HOSPITAL A DOMICILIO	Altas de pacientes en hospitalización a domicilio respecto al número de médicos de las unidades	1.2...1.3 2.8
POTENCIAR LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	Proporción de intervenciones quirúrgicas de hernia inguinal unilateral que se han realizado de forma ambulatoria	1.2...1.3 3.4
CUMPLIMIENTO DE PLAZOS DE GARANTÍA EN DEMORA QUIRÚRGICA	Proporción de pacientes con solicitudes en lista de espera quirúrgica que superan los 180 días de demora en una fecha determinada	1.2 3.4
REDUCIR EL TIEMPO DE ESPERA EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	Tiempo medio que deben esperar los pacientes con solicitud en lista de espera quirúrgica en una fecha determinada	1.2 3.4
EXTENDER EL EMPLEO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRÚRGICA	Proporción de intervenciones quirúrgicas en las que se aplica una lista de verificación de seguridad quirúrgica estandarizada y completada	1.2 1.4
MINIMIZAR LA SUSPENSIÓN DE INTERVENCIONES	Proporción de intervenciones quirúrgicas suspendidas sobre el total de las programadas	1.2 3.4
MEJORAR LA GESTIÓN DE QUEJAS POR DEMORA Y TRATO	Quejas por demora en la asistencia o trato, percibidas por los ciudadanos	1.2 3.5
MEJORAR LA CALIDAD DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN POBLACIONAL	Acreditación y registro adecuado de las direcciones de los ciudadanos en el Sistema de Información Poblacional (SIP), evitando duplicidades	1.2 1.4

ASEGURAR LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS (SOSTENIBILIDAD/EFICIENCIA)		
OBJETIVO/INDICADOR	DESCRIPCIÓN BREVE	PLAN DE SALUD LÍNEA-OBJETIVOS
UTILIZACIÓN ADECUADA DE LAS CONSULTAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	Proporción de pacientes con factores de riesgo o cronicidad moderada que acuden a medicina y enfermería de atención primaria por encima del estándar (16 visitas / año)	1.3 3.4
ADECUAR EL CONSUMO DE FÁRMACOS	Ajuste entre el importe real de los fármacos recetados y el estándar estimado en función del estado de salud de los ciudadanos (Farmaindex)	1.3 3.4
PRECIO MEDIO POR RECETA	Precio medio por receta según morbilidad	1.3 1.2
SEGUIMIENTO ADECUADO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL	Días de baja por incapacidad laboral temporal de los trabajadores en activo en la población	1.2 1.3
ADECUAR LA DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL A LOS ESTÁNDARES	Proporción de procesos de incapacidad temporal cuya duración se ajusta a la prevista en el estándar	1.2 1.3
EFICIENCIA EN LA PRESCRIPCIÓN DE EXOPRÓTESIS	Evolución del gasto medio en exoprótesis (productos que se compran en las ortopedias), comparando con el coste del año anterior	1.3 3.4
RENDIMIENTO DE LOS BLOQUES QUIRÚRGICOS	Proporción de tiempo empleado respecto al tiempo de disponibilidad de los quirófanos	1.3 3.4
EFICIENCIA EN LA SELECCIÓN DE ENDOPRÓTESIS	Evolución del gasto medio en endoprótesis (productos que se implantan dentro del cuerpo), comparando con el coste del año anterior	1.3 3.4
EVOLUCIÓN DEL IMPORTE DE LAS ADQUISICIONES DE FARMACIA HOSPITALARIA	Evolución del gasto en compra de medicamentos en los hospitales, comparando con el coste del año anterior	1.3 3.4
EFICIENCIA EN LAS ADQUISICIONES DE FARMACIA HOSPITALARIA	Ahorro que consiguen los hospitales en la compra de medicamentos respecto al precio oficial	1.3 1.4 3.4
OPTIMIZAR EL USO DE LOS SERVICIOS Y RECURSOS SANITARIOS PROPIOS FRENTE A LOS EXTERNOS	Peso del gasto que supone la actividad externalizada (concertada y no concertada) sobre el total de gastos de personal (capítulo I) y gastos en bienes corrientes y servicios (capítulo II) del departamento	1.3 1.2 1.5 3.4
ADECUAR LA COBERTURA DEL INVENTARIO DE MATERIAL SANITARIO	Proporción del importe del consumo de material sanitario gestionado mediante pedidos de inventario respecto al importe del consumo total de material sanitario	1.3 1.4
ADECUAR LOS PRECIOS DE ADQUISICIÓN DE MATERIAL SANITARIO	Diferencia entre el importe real de los consumos en material sanitario respecto al importe valorado al precio mínimo de todos los departamentos de salud	1.3 1.4
ADECUAR EL CONSUMO DE MATERIAL SANITARIO A LAS NECESIDADES DE SALUD	Gasto en adquisiciones de material sanitario en relación a la población del departamento ajustada según su estado de salud	1.3 1.4
OPTIMIZAR LA COBERTURA DE GUARDIAS Y ATENCIÓN CONTINUADA	Grado de adecuación de la cobertura de las guardias y la atención continuada del personal sanitario respecto a las necesidades de la organización	1.3 1.5
OPTIMIZAR LA COBERTURA DE LAS SUSTITUCIONES	Grado de ausencia temporal de los trabajadores titulares y cobertura de los contratos de sustitución	1.3 1.5
NORMALIZAR EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN TEMPORAL	Adecuación de las contrataciones temporales al procedimiento normalizado de gestión de la bolsa de trabajo	1.3 1.5
EFICACIA EN LA FACTURACIÓN Y COBRO DE ASISTENCIAS CUBIERTAS POR OTROS TIPOS DE ASEGURAMIENTO	Proporción de episodios cobrados, apremiados o enviados/aceptados por el INSS respecto al total de asistencias facturables por la modalidad de aseguramiento o por el origen de la lesión/ situación	1.3 3.4

LÍNEA 1. INNOVACIÓN Y REORIENTACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO, PARA ASEGURAR LA MÁXIMA CALIDAD Y LA MEJOR VALORACIÓN PERCIBIDA POR LOS PACIENTES

- 1.1. Orientarse a los resultados en salud de la población
- 1.2. Aumentar la calidad del sistema sanitario público
- 1.3. Garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público incrementando su efectividad
- 1.4. Poner la información al servicio de la mejora de la salud
- 1.5. Los profesionales como valor esencial del sistema

LÍNEA 2. ORIENTACIÓN HACIA LA CRONICIDAD Y HACIA LOS RESULTADOS EN SALUD PARA INCREMENTAR LA ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD

- 2.1. Factores de riesgo comunes de enfermedades crónicas
- 2.2. Enfermedades cardio y cerebrovasculares
- 2.3. Cáncer
- 2.4. Diabetes
- 2.5. Enfermedades respiratorias crónicas
- 2.6. Enfermedades neurodegenerativas y demencias
- 2.7. Salud mental
- 2.8. Pacientes crónicos complejos y paliativos
- 2.9. Cribados basados en la evidencia
- 2.10. Enfermedades transmisibles sometidas a vigilancia
- 2.11. Enfermedades raras

LÍNEA 3. FORTALECER LA EQUIDAD, REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD Y FOMENTAR LA PARTICIPACIÓN

- 3.1. Vigilancia sobre los determinantes sociales de la salud
- 3.2. Actuar para reducir las desigualdades en los resultados de salud
- 3.3. Salud en todas las políticas
- 3.4. Equidad en el acceso al sistema sanitario
- 3.5. Acercamiento a la ciudadanía: participación y empoderamiento de la población

LÍNEA 4. CUIDAR LA SALUD EN TODAS LAS ETAPAS DE LA VIDA

- 4.1. Salud Infantil
- 4.2. Salud en la Adolescencia y Juventud
- 4.3. Salud Sexual y Reproductiva
- 4.4. Envejecimiento activo

LÍNEA 5. PROMOVER LA SALUD EN TODOS LOS ENTORNOS DE LA VIDA

- 5.1. Bienestar emocional
- 5.2. Actividad física y salud
- 5.3. Alimentación y salud
- 5.4. Entorno educativo y salud
- 5.5. Entorno medioambiental y salud
- 5.6. Entorno laboral y salud
- 5.7. Activos para la salud

ANEXO4: FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública 2016

GANAR EN SALUD

Control de la hipertensión arterial
 Control del colesterol en pacientes con alto riesgo cardiovascular en tratamiento
 Control de la diabetes tipo II
 Cálculo del riesgo cardiovascular
 Visitas de enfermería a pacientes crónicos complejos y paliativos
 Cobertura vacunal antigripal
 Cobertura del cribado universal de la violencia de género
 Optimizar la utilización de antibióticos
 Gestión adecuada de alertas por resistencias antimicrobianas
 Revisión de problemas relacionados con los medicamentos
 Optimizar cesareas en grupos de bajo riesgo
 Pacientes con fractura de cadera intervenidos en las primeras 48h
 Prevenir hospitalizaciones potencialmente evitables
 Minimizar reingresos a 30 días
 Minimizar retorno a urgencias a 72 horas
 Potenciar la notificación de efectos adversos

MEJORAR LA ATENCIÓN PRESTADA

Cita para primeras consultas de atención primaria en menos de 48 horas
 Mejorar la información disponible sobre el nivel educativo de la población atendida
 Optimizar el tratamiento de las enfermedades gástricas
 Mejorar la adecuación de la derivación desde atención primaria
 Minimizar la demora en las primeras consultas de hospital y centro de especialidades
 Minimizar demora en primeras consultas de cardiología
 Mejorar la adecuación de derivaciones de atención primaria a salud mental
 Reducir la demora en las primeras consultas de las unidades de salud mental
 Inclusión de pacientes con trastorno mental grave en plan de atención integral
 Reducir el tiempo entre diagnóstico y tratamiento en el cribado mamográfico
 Atención en urgencias en el tiempo adecuado
 Rendimiento de las unidades de hospital a domicilio
 Potenciar la cirugía mayor ambulatoria
 Cumplimiento de plazos de garantía en demora quirúrgica
 Reducir el tiempo de espera en intervenciones quirúrgicas
 Extender el empleo de la lista de verificación de seguridad quirúrgica
 Minimizar la suspensión de intervenciones
 Mejorar la gestión de quejas por demora y trato
 Mejorar la calidad del sistema de información poblacional

ASEGURAR LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS (SOSTENIBILIDAD/EFICIENCIA)

Utilización adecuada de las consultas en atención primaria
 Adecuar el consumo de fármacos
 Precio medio por receta
 Seguimiento adecuado de la incapacidad temporal
 Adecuar la duración de la incapacidad temporal a los estándares
 Eficiencia en la prescripción de exoprótesis
 Rendimiento de los bloques quirúrgicos
 Eficiencia en la selección de endoprótesis
 Evolución del importe de las adquisiciones de farmacia hospitalaria
 Eficiencia en las adquisiciones de farmacia hospitalaria
 Optimizar el uso de los servicios y recursos sanitarios propios frente a los externos
 Adecuar la cobertura del inventario de material sanitario

- Adecuar los precios de adquisición de material sanitario
- Adecuar el consumo de material sanitario a las necesidades de salud
- Optimizar la cobertura de guardias y atención continuada
- Optimizar la cobertura de las sustituciones
- Normalizar el procedimiento de contratación temporal