



PROPUESTA DE INDICADORES EN LA CARRERA PROFESIONAL.

OBJETIVO

Se pretende realizar diseño de indicadores de evaluación que tengan repercusión directa en la calidad de la asistencia, atención centrada en el paciente y aumenten la eficiencia del sistema de tal modo que aquellas personas que entraran en el encuadramiento y posterior desarrollo de carrera profesional, se vean comprometidos con ellos.

Los siguientes indicadores tienen una relación directa con la política de salud de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y el SESPA y por lo tanto, deben considerarse estratégicos a todos los efectos.

Como quiera que se hace preciso encuadrar en los distintos grados de la Carrera Profesional a los licenciados sanitarios que ya vienen prestando servicios en el SESPA con anterioridad a la implantación de la misma, además del tiempo de prestación de servicios, se les requerirá a estos efectos, un compromiso con las medidas necesarias para la consecución de estos objetivos, para alcanzar los distintos grados durante el periodo transitorio extraordinario que se establezca, hasta que se produzca su encuadramiento definitivo en el grado que les correspondería. A partir de este encuadramiento definitivo, se les evaluará en el cumplimiento de estos indicadores para su progresión en los distintos grados de la Carrera.

PROPUESTA DE INDICADORES

Se establecen tres apartados que se han denominado:

- A) Compromiso con la organización.
- B) Dominio profesional.
- C) Investigación y docencia.

Éstos se corresponden con los mismos apartados que se encuentran en la propuesta de Acuerdo Regulator de la Carrera Profesional.

A) COMPROMISO CON LA ORGANIZACIÓN.

Se pretende con este apartado el desarrollo de criterios sobre compromisos que tengan relación directa con los objetivos estratégicos que la organización persigue, entendida ésta como un todo.

1.- Gestión del ingreso y alta médica

Reducción de estancia media

Los Hospitales del SESPA ocupan los primeros lugares de entre los del Sistema Nacional de Salud en estancia media y estancia media ajustada por complejidad.

Los datos relativos a 2005 se expresan en la siguiente tabla (1):

¹ SESPA. Sistema de Información 2005 (cierre anual).

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

VICECONSEJERÍA DE PRESUPUESTOS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Dirección General de la Función Pública

| Hospital | N. Camas | Altas | E.M. | % Total |
|-----------|----------|---------|-------|---------|
| Jarrio | 110 | 4.038 | 7,06 | 3% |
| Cangas | 96 | 3.084 | 6,86 | 2% |
| Avilés | 342 | 14.253 | 7,25 | 11% |
| HUCA | 1.278 | 39.600 | 10,16 | 44% |
| Cabueñes | 450 | 19.478 | 7,68 | 16% |
| Jove | 217 | 7.883 | 8,89 | 8% |
| Arriondas | 80 | 3.696 | 7,34 | 3% |
| Mieres | 159 | 6.559 | 6,93 | 5% |
| Langreo | 224 | 8.116 | 8,35 | 7% |
| Total | 2.957 | 106.707 | 8,58 | 100% |

Como puede observarse, la estancia media global para los hospitales del SESPA es de 8,6 días. El Hospital Central de Asturias, que es el que tiene la estancia media más elevada (10,2 días) contribuye con el 44% de las estancias, mientras que este hospital junto con los Cabueñes y Avilés producen el 71% de las altas.

La estancia media en los hospitales del Sistema Nacional de Salud fue, en 2004, de 7,6 días (2).

Una estancia media prolongada es un indicador de calidad no adecuada, ya que la eficiencia es una de las principales dimensiones de la calidad asistencial (3). En una muestra de hospitales docentes del SNS "excelentes", éstos tenían una estancia media

² 6,4 días de estancia media depurada, es decir eliminando los casos extremos (por encima o por debajo del punto de corte calculado para cada GRD).

³ Donabedian A. Quality and cost: choices and responsibilities. Inquiry 1988;25:90-99.

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

VICECONSEJERÍA DE PRESUPUESTOS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Dirección General de la Función Pública

ajustada por casuística de 6,9, con un peso medio de complejidad de 1,06 (4). La estancia media de la FJD en 2005 fue de 6,9 días con un peso medio de complejidad en hospitalización de 1,8 (pesos americanos). La estancia media en los países de la UE con Servicios Nacionales de Salud era en 2003 de 5,6 días:

| Pais | Estancia Media |
|----------------------------------|----------------|
| Dinamarca | 3,8 |
| Finlandia | 4,4 |
| Irlanda | 6,4 |
| Italia | 7,0 |
| Reino Unido | 7 |
| Suecia | 5 |
| Media aritmética U.E. SNS | 5,6 |

SNS:: Servicios Nacionales de Salud; UE: Unión Europea; Fuente: OECD Health Data 2003; 2nd. Ed.

En la comparación que Ham (5) hace entre los sistemas hospitalarios del National Health Service y algunos subsistemas hospitalarios de los Estados Unidos en personas mayores de 65 años, se pueden observar los márgenes de eficiencia en procesos discretos:

| Sistemas | | | | |
|----------|-----|--------|---------------------|------------------------|
| | NHS | Kaiser | Medicare California | Medicare United States |
| | | | | |

⁴ Top 20. Benchmarks para la excelencia 2005. www.iasist.com.

⁵ Ham C, York N, Sutch S, and Shaw R. BMJ 2003.

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

VICECONSEJERÍA DE PRESUPUESTOS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Dirección General de la Función Pública

| | | | | |
|--|-------|------|------|------|
| ACVA | 27.08 | 4.26 | 5.84 | 6.53 |
| BNCO | 9.87 | 3.79 | 5.35 | 5.37 |
| Bronquitis o asma | 11.73 | 3.09 | 4.22 | 4.41 |
| Bypass Ao-coronario | 13.27 | 9.60 | 8.63 | 9.98 |
| IAM | 9.39 | 4.35 | 5.14 | 5.46 |
| Insuficiencia cardiaca/shock | 12.42 | 3.70 | 5.28 | 5.37 |
| Angina pectoris | 5.88 | 2.21 | 2.58 | 2.56 |
| Prótesis cadera | 12.60 | 4.54 | 5.41 | 5.46 |
| Prótesis rodilla | 11.32 | 4.17 | 4.54 | 4.40 |
| Fractura de cadera | 26.88 | 4.89 | 5.97 | 6.47 |
| Infección renal o urinaria | 15.19 | 3.80 | 5.11 | 5.32 |
| Estancia media hospitalaria en personas > 65 años. Ham C, York N, Sutch S, and Shaw R. BMJ 2003. | | | | |

A la Organización le corresponde establecer las acciones y medidas necesarias para incidir sobre estos indicadores exigiendo el compromiso de adhesión a las mismas para optar a la Carrera Profesional y su encuadramiento. Tras el régimen transitorio extraordinario, los profesionales iniciarán o continuarán su carrera profesional a través de los criterios del régimen ordinario por lo que la evaluación de la aportación del profesional y su contribución a la mejora los distintos indicadores que conforman dicha eficacia asistencial formara parte del sistema de acreditación de los Grados.

2.- Disponibilidad para el mantenimiento de la continuidad asistencial.

De todos es conocido que en los hospitales un horario de 8 a 3 es, a veces, insuficiente para atender a los eventos sobrevenidos que son tan frecuentes en la asistencia sanitaria.

Se pretende por lo tanto, la configuración de criterios que valoren la disponibilidad de los/as profesionales para mantener esta continuidad asistencial que tendría una repercusión directa en la calidad percibida por los pacientes (suspensión de intervenciones, suspensión de consultas, demora en la atención de casos de urgencia menor, etc.) y además una repercusión directa económica.

Se intenta que todos los profesionales que accedan a carrera se comprometan con la continuidad del trabajo ordinario de la jornada en los eventos sobrevenidos que en ningún caso tendrá el carácter de jornada complementaria o extraordinaria.

3.- Políticas de utilización de recursos.

Se entiende que los recursos que tienen que ver con la utilización de tecnología, comprendiendo aquí los medicamentos y la alta tecnología, así como, el recurso hospitalización, las consultas especializadas y la sustitución CMA, tienen que ver directamente con la calidad asistencial, la calidad percibida por los pacientes, pero también, con la sostenibilidad económica del sistema.

Por ello la Organización se propone establecer las acciones y medidas necesarias, en normas, procedimientos y protocolos para incidir sobre estos indicadores que permitan la distribución y uso adecuado de los recursos disponibles en aras de garantizar objetivos bajo criterios de eficiencia que a continuación se proponen exigiendo el compromiso de adhesión a las mismas para optar a la Carrera Profesional y su encuadramiento y que en la fase de desarrollo e implantación se evaluara la aportación del profesional y su contribución a la mejora de los mismos así como el grado de cumplimiento del profesional en relación a el seguimiento de las directrices y políticas de la organización en relación a la prescripción de materiales, derivaciones, pruebas y otros

Se proponen por lo tanto los siguientes **compromisos** :

a) Farmacia.

- Compromiso con la política de utilización de genéricos en volumen y tasa de coste que suponen esa utilización de genéricos.

La utilización de genéricos es un objetivo del Sistema Nacional de Salud, España está en una media del 15% de utilización de genéricos, estando Asturias en el 13,5 %.

Se propone un objetivo de aumento porcentual en los próximos años.

- Prescripción de medicamentos de valor terapéutico intrínseco bajo.

Aquellos medicamentos clasificados como "C" que tienen valor terapéutico intrínseco bajo, tienen un coste normalmente elevado, el 80% más de 60 euros/envase, lo que supone una utilización de un recurso que no aporta nada nuevo sobre lo que ya existe en el mercado y que encarece el coste de la factura farmacéutica.

En estos momentos en Asturias está en una media del 1,5%, pero hay hospitales que están en el 3,7%.

Entendiendo que la medición de estos compromisos, tasa de genéricos y medicamentos clasificados como "C", no supondrá la evaluación de porcentaje alguno en el periodo transitorio.

b) Utilización de alta tecnología.

La utilización de alta tecnología, fundamentalmente, diagnóstico por la imagen y estudios hemodinámicos supone un encarecimiento importante, un trastorno para los paciente, aumento de las demoras cuando no se ajusta a

indicación adecuada. Se propone, por lo tanto, un indicador que determine criterios de utilización de alta tecnología (TAC, Resonancia Magnética y PET).

c) Utilización de hospitalización.

Se conoce que la utilización de la cama hospitalaria en muchos casos que podrían ser de tratamiento ambulatorio, supone una sobreutilización del recurso hospital y se propone, por lo tanto, la configuración de un indicador que determine las hospitalizaciones no adecuadas.

d) Utilización de consulta especializada por parte de Atención Primaria.

Se viene monitorizando la derivación de Atención Primaria a Atención Especializada con lo cual, supondría un ahorro importante dado que, la sobreutilización de Atención Especializada, es uno de los elementos que más sobrecostes supone en la organización.

e) Sustitución cirugía mayor ambulatoria.

La cirugía mayor ambulatoria que está en un nivel del 63,44%, pero se debería alcanzar un nivel del 75%. Estos puntos de diferencia supondrían un ahorro para 6.000 intervenciones con ingreso.

B) DOMINIO PROFESIONAL.

Entendiendo que la formación relacionada con las estrategias de la organización es prioritaria para adquirir las competencias adecuadas que permitan, por un lado, la habilitación en las nuevas tecnologías y por otro lado, la readaptación de los distintos niveles de personal a la situación cambiante que el terreno en el que nos encontramos se produce, se considera que la formación continua en las líneas estratégicas marcadas por la

organización, es también esencial y que supondría un ahorro de costes ahora imposible de calcular, pero en función del ahorro de contrataciones de expertos externos pudiendo habilitar a nuestros propios trabajadores.

Por ello se exige el compromiso con la organización de incorporar y adquirir nuevos conocimientos, técnicas y herramientas en el ámbito de su práctica clínica o de gestión por medio de cursos, seminarios, talleres, sesiones clínicas, rotaciones, ... dirigidos a mejorar el nivel de competencia profesional.

C) INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA.

➤ La investigación y docencia son siempre valores estratégicos de cualquier organización porque suponen, por un lado, la innovación que suscita mejora de la asistencia y calidad y, por otro lado, la obtención de patentes, que sería uno de los elementos claves para el aumento de recursos a través de los royalties que supondrían estas patentes. Por lo cual, se propone un indicador que valore los trabajos de investigación que permitan innovación en el sistema y ahorro de costes y por otro lado la consecución de patentes a través de estos trabajos.

➤ Participación en la docencia dentro de la organización.

Una organización que aprende es una organización dinámica que se consolida y sostiene en el futuro por lo cual la participación en la docencia no solamente de aquellos médicos que están en formación sino de aquellas áreas las cuales se considera imprescindible la adquisición de nuevas competencias de los propios trabajadores de los distintos centros y servicios.

Por ello se requiere el compromiso de participar a requerimiento de la organización en el conjunto de actividades que contribuyen a la transmisión, de manera formalizada de los conocimientos, habilidades y experiencias a diferentes destinatarios.

11.11.09

CEMSATSE
F. MEDICA