

Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2009 Comunidad Valenciana



1 Introducción

En la actualidad, la estructura organizativa de la sanidad pública valenciana, tanto en su vertiente asistencial como en la administrativa, se apoya en la Ley 3/2003, de 6 de Febrero de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana ([LOS](#)¹).

Esta norma autonómica ve la luz el año 2003 al amparo de tres normas estatales: la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud y el [Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana](#)².

En esta norma legal se atribuye a la Conselleria de Sanitat el conocimiento objetivo de las necesidades de salud de la población, la valoración de las necesidades percibidas por los ciudadanos y la satisfacción equilibrada de estas necesidades aplicando para ello de manera racional los presupuestos disponibles.

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

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

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

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

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

Estos planes de gestión deben incluir los siguientes requisitos:

¹ Ley 3/2003 de Ordenación Sanitaria LOS:

[https://www.docv.gva.es/portal/portal/2003/02/14/pdf/doc/2003_1655.pdf]

² Estatuto de Autonomía. [http://www.congreso.es/constitucion/ficheros/leyes_espa/lo_001_2006.pdf]

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

2 Estrategia del Servicio de Salud

En 2004 se dan los primeros pasos en este sentido al entrar en vigor un **Acuerdo**³, firmado con los agentes sociales, por el cual se introduce el nuevo complemento retributivo de **productividad variable**. Un complemento destinado a aquellos profesionales que trabajan en las instituciones sanitarias de la Agència Valenciana de Salut.

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

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

Esta descentralización de la Agència en 24 departamentos de salud (Tabla 1) contribuyó a proporcionar un mayor grado de autonomía a los centros. Sin embargo, ante el riesgo evidente de que no quedasen “alineadas” la estrategia global de la Agencia y la estrategia de cada uno de los departamentos de salud, ese mismo año 2005 se diseñó el denominado [Plan estratégico de la Agència Valenciana de Salut \(AVS\)](#)⁴.

Ese mismo año 2005 se promulgan a través del Decreto 25/2005, de 4 de febrero, del Consell de la Generalitat, los Estatutos reguladores de la [Agencia Valenciana de Salud \(AVS\)](#)⁵.

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

Estos acuerdos a su vez se alinearon con el **Sistema de diferenciación retributiva** mencionado anteriormente y con el modelo de **Carrera profesional** implantado en 2006⁶ (Figura 1).

³ Normativa reguladora de la productividad variable:

- Acuerdo de 3 de diciembre de 2004, del Consell de la Generalitat, para la introducción de la productividad variable en los Equipos de Atención Primaria : https://www.docv.gva.es/portal/portal/2004/12/23/pdf/doc/2004_13163.pdf
- Acuerdo de 3 de diciembre de 2004, del Consell de la Generalitat, para la introducción de la productividad variable en la Atención Especializada: https://www.docv.gva.es/portal/portal/2004/12/23/pdf/doc/2004_13164.pdf
- Decreto 38/2007, de 13 de abril, del Consell, por el que se regula el complemento de productividad variable del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad: https://www.docv.gva.es/portal/portal/2007/04/19/pdf/doc/2007_4928.pdf

⁴ Plan estratégico de la AVS: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/S.9990-2006.pdf>

⁵ Estatutos reguladores de la AVS: https://www.docv.gva.es/portal/portal/2005/02/08/pdf/doc/2005_1234.pdf

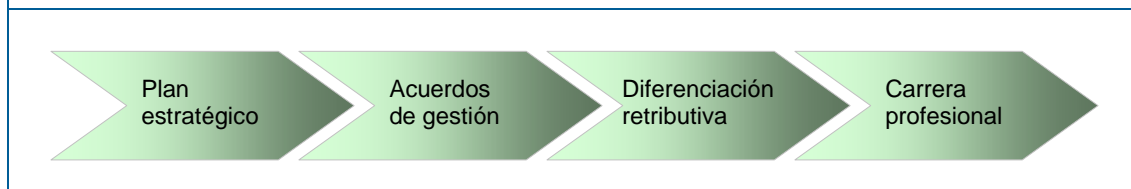
⁶ Normativa reguladora de la carrera profesional:

- Decreto 160/2007, de 21 de septiembre, del Consell, por el que se modifica el Decreto 66/2006, de 12 de mayo, que aprobó el sistema de carrera profesional en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad: https://www.docv.gva.es/portal/portal/2007/09/25/pdf/2007_11687.pdf

Tabla 1. Modelos de gestión según el departamento de salud.

Departamentos de salud de la Comunidad Valenciana	Modalidad de gestión
Departamento de salud Vinaròs	Pública
Departamento de salud Castelló	Pública
Departamento de salud la Plana	Pública
Departamento de salud Sagunto	Pública
Departamento de salud Valencia-Clínico	Pública
Departamento de salud Valencia-Arnau de Vilanova	Pública
Departamento de salud Valencia-La Fe	Pública
Departamento de salud L'Horta Manises	Concesión administrativa (2009)
Departamento de salud Requena	Pública
Departamento de salud General Universitario	Consortio
Departamento de salud Valencia-Dr Peset Aleixandre	Pública
Departamento de salud la Ribera	Concesión administrativa (1999)
Departamento de salud Gandia	Pública
Departamento de salud Dénia	Concesión administrativa (2008)
Departamento de salud Xàtiva-Ontinyent	Pública
Departamento de salud Alcoi	Pública
Departamento de salud Vila-joiosa	Pública
Departamento de salud Alicante-San Juan	Pública
Departamento de salud Elda	Pública
Departamento de salud Alicante	Pública
Departamento de salud Elx	Pública
Departamento de salud Elx-Crevillent	Concesión administrativa (2010)
Departamento de salud Orihuela	Pública
Departamento de salud Torrevieja	Concesión administrativa (2006)

Figura 1. Sistema de evaluación del rendimiento implantado por la Agència Valenciana de Salut (AVS)



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

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

De esta forma quedan integrados todos los elementos estratégicos de la Agència Valenciana de Salut:

- El **Plan Estratégico de la AVS que se integra con los Acuerdos de Gestión** entre la Agencia y los Departamentos de Salud, de forma que éstos pueden considerarse como el mecanismo fundamental para el despliegue de aquel.

— Decreto 85/2007, de 22 de junio, del Consell, por el que se aprueba el sistema de desarrollo profesional en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad: https://www.docv.gva.es/portal/portal/2007/06/26/pdf/2007_8402.pdf

De hecho, los indicadores de seguimiento de ambos son los mismos y se evalúan simultáneamente.

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

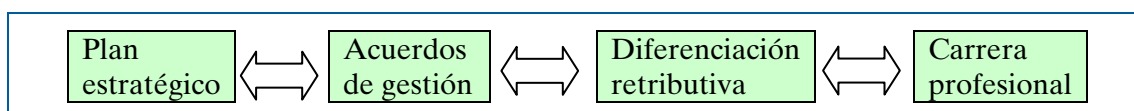
La Generalitat Valenciana siempre se ha caracterizado por su capacidad de innovación en el ámbito de la gestión de los servicios de salud. La búsqueda de la satisfacción de las necesidades de la población, el mejor aprovechamiento posible de los recursos disponibles y la constante introducción de medidas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

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

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

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

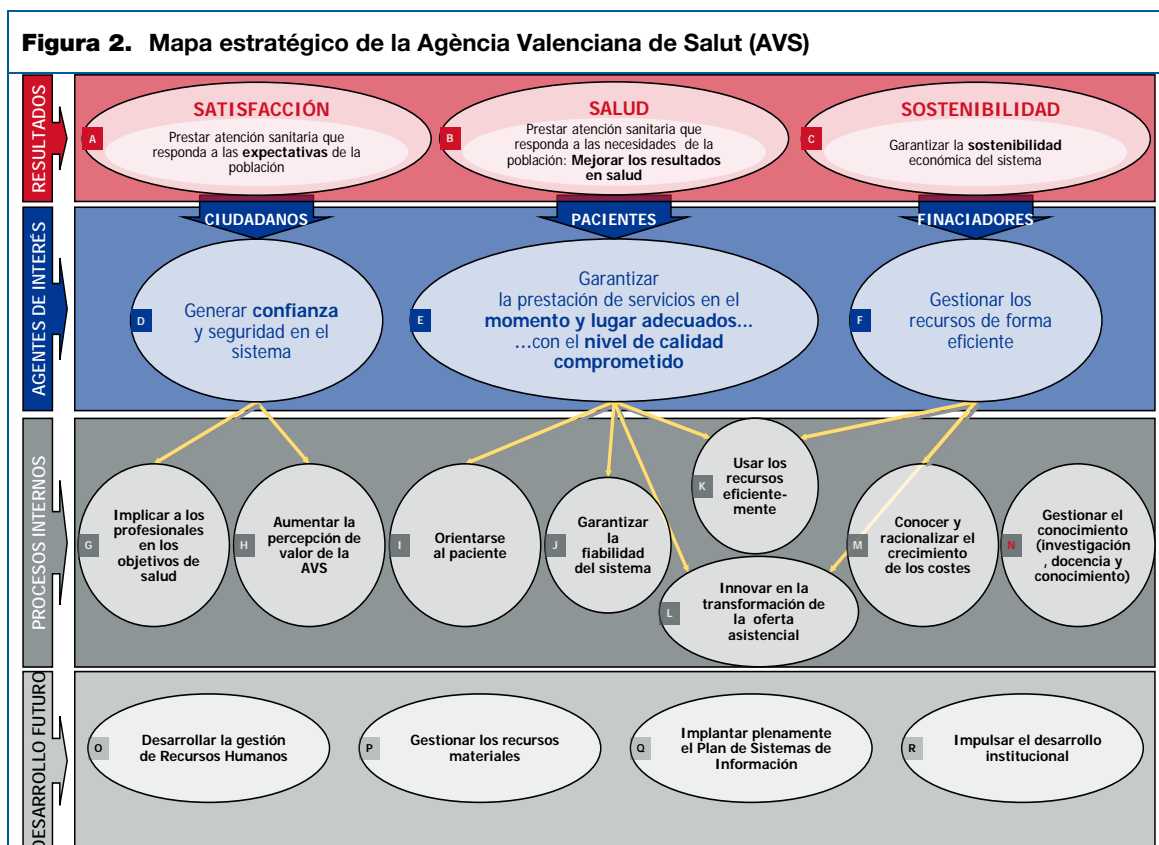
El Plan Estratégico es la palanca de despegue de un conjunto de instrumentos orientados a construir un sólido sistema de dirección por objetivos.



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

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

El nuevo Mapa Estratégico de la Agència Valenciana de Salut es un mapa complejo de objetivos en las cuatro perspectivas tradicionales de la metodología del Cuadro de Mando Integral o “Balanced Scorecard” (Figura 2).



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

1. mejorar los resultados en salud,
2. el “empowerment” del cliente: la personalización de la atención,
3. innovar en la transformación de la oferta asistencia: la gestión del paciente crónico y
4. los sistemas de soporte a la toma de decisiones basada en el conocimiento.

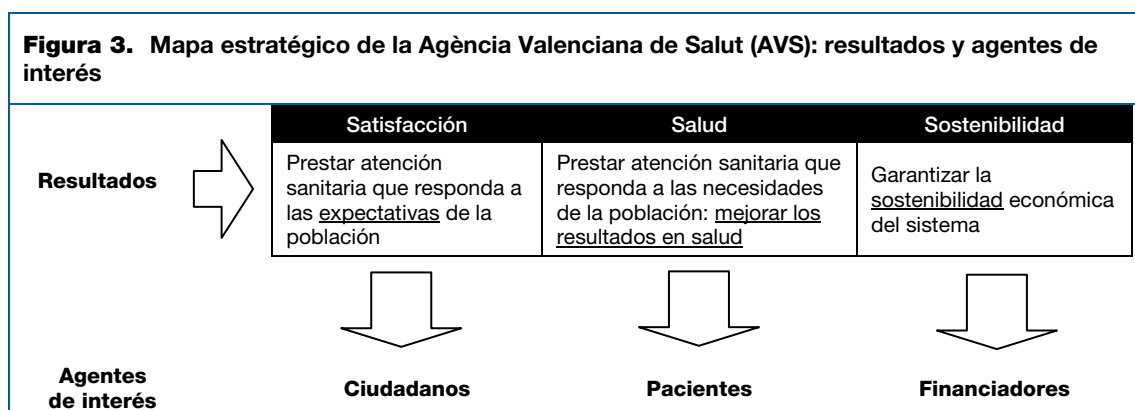
Mejorar los resultados en salud

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

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

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

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



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

La introducción de este objetivo permite dos importantes impactos:

- Por un lado, constituye el punto de conexión del Plan de Salud de la Conselleria de Sanitat con el Plan Estratégico de la AVS: los problemas de salud prioritarios, son incluidos en este objetivo, introduciendo la medida de los resultados conseguidos por los servicios sanitarios.
- En segundo lugar, introduce los sistemas de “Pay for Performance P4P” o “pago por desempeño” en el marco de un plan estratégico. En este sistema, que es una evolución del antiguo pago por servicio, los actores del proceso son recompensados según el grado de satisfacción de los objetivos que se han preestablecido.

La introducción de estos sistemas dentro del marco mucho más amplio de un plan estratégico evitará la aparición de iniciativas inconexas de “pay for performance” que puedan tensionar negativamente sobre otros objetivos estratégicos.

El empowerment del cliente: la personalización de la atención

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

Tabla 2. El paciente en el Plan estratégico de la Agència Valenciana de Salut (AVS)

Pacientes	
Garantizar la prestación de servicios en el momento y lugar adecuados...	...con el nivel de calidad comprometido
Mejorar la accesibilidad	Consolidar estándares clínicos
Procesos resolutivos	Mejorar la seguridad del paciente
Personalizar la atención (empowerment)	Disminuir la variabilidad

La rigidez organizativa y cultural de nuestro sistema tradicional no ayuda precisamente a la organización a adaptarse a este nuevo tipo de cliente. Desgraciadamente tenemos una excesiva tendencia a ofertar servicios estandarizados indiscriminadamente para todos los pacientes.

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

Desde la perspectiva de desarrollo futuro, otra iniciativa contribuirá seguramente a personalizar la oferta: la segmentación de los usuarios en base a los sistemas de información.

La Agència Valenciana de Salut ha apostado por el uso sistematizado de clasificaciones de los pacientes que permitan por un lado ajustar las medidas de performance a la casuística, pero también diferenciar grupos de necesidades clínicas específicas que tengan enfoques diferenciados en el sistema sanitario. El trabajo realizado con la clasificación en CRG (Grupos de Riesgo Clínico o Clinical Risk Groups) parece bastante prometedor.

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

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

- En el plano de las alternativas a la gestión directa, el modelo de concesiones administrativas con financiación capitativa, que ya cuenta con diez años de historia y que ha permitido constatar unos excelentes resultados con grandes mejoras de eficiencia.

- En el desarrollo de la cartera de servicios, la Agencia está entre los referentes en España en resultados en el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria CMA y la Hospitalización a Domicilio.

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

- En primer lugar, la **gestión de los pacientes crónicos**. Las organizaciones integradas han demostrado en otros países que nuevas formas de gestionar a los pacientes crónicos son mucho más beneficiosas para el paciente y más eficientes para el sistema. Nuestras primeras experiencias de demostración de gestión de pacientes de alta complejidad y frecuentes reingresos nos confirman la reducción de hasta dos terceras partes de los días de hospitalización con la introducción de nuevas figura como las enfermeras gestoras de casos. Consolidar y ampliar estas iniciativas adaptará un sistema pensado para la atención del paciente agudo en un sistema al servicio también del paciente crónico y sus necesidades.
- La **e-salud**. La generalización e innovación en las telecomunicaciones abre grandes perspectivas de innovación en nuestra organización: Además de la hospitalización, las urgencias, la consulta ambulatoria o el domicilio, tenemos un nuevo ámbito para atender al paciente: la red. Nuestras primeras experiencias nos han permitido ya resolver problemas graves de escasez de profesionales en hospitales alejados mediante la teleradiología, o de desplazamiento de pacientes en zonas rurales mediante el telediagnóstico. También han constituido una pieza clave de la monitorización de pacientes crónicos a domicilio. Seguramente estas primeras aplicaciones constituyen sólo la punta del iceberg del potencial de innovación existente en este campo. Estamos pues, entrando a explorar todo el potencial de mejora organizativa que nos puede ofrecer.

Sistemas de soporte a la toma de decisiones

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

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

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

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

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

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

3 Contratos de gestión

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A nivel técnico se estructuran en casi 90 indicadores. Un número que consideramos muy elevado pero de difícil reducción en una organización tan amplia y diversa como la sanitaria.

El proceso completo se compone de cinco etapas:

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

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

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

Por otro lado, la amplia experiencia acumulada a lo largo de estos años en la valoración del cumplimiento de objetivos, nos ha llevado a ir mejorando el mecanismo de evaluación. Nuestra actual función de valoración del cumplimiento de objetivos se ha convertido en un algoritmo no exento de complejidad pero que ajusta muy bien toda la casuística detectada.

Básicamente combina tres conceptos: la mejora respecto a la posición anterior, la buena situación relativa respecto al resto y el grado de acercamiento a la meta propuesta. La consecuencia es un mensaje claro: un buen resultado siempre favorece, ya que con él se consigue que la meta sea menos exigente y la evaluación más favorable.

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

Si la puntuación final, así obtenida, no llega a 30 puntos, se considera que no se han cumplido los objetivos y por lo tanto no se genera derecho a la percepción del correspondiente complemento. Si supera los 30 puntos, el importe recibido en concepto

de productividad variable es proporcional a la puntuación obtenida. Entre el 2% y el 2.5% del personal de la Agencia Valenciana de Salud con derecho a cobro, no percibe el complemento de Productividad Variable por no haber cumplido objetivos.

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

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

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

Por otra parte, cabe destacar que, en el último año evaluado, 2009, el departamento de salud de Torrevieja ha quedado en primer lugar, mientras que el de la Ribera ha ocupado el tercer lugar y Denia el quinto. Este dato demuestra el buen funcionamiento y la gestión eficiente de los recursos en las concesiones administrativas.

Además, los Hospitales de Asistencia a Crónicos y Larga Estancia (HACLE) y los Servicios de Emergencias Sanitarias (SES) se han incorporado ya plenamente al proceso de fijación de objetivos y evaluación.

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

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

El ejemplo más claro, aunque no necesariamente el único, es lo que denominamos autogestión en Atención Primaria y que pretende que, aquellos centros y facultativos que demuestren mantener unos estándares de calidad en la atención sanitaria y que como consecuencia de ello sean capaces de generar ahorros para el sistema, pueden recibir una fracción del ahorro generado.

La filosofía subyacente es que *“hacer las cosas bien es más barato”*. Es decir, una buena gestión clínica del paciente ahorra derivaciones, pruebas y consumo farmacéutico innecesario y el facultativo capaz de generar a la vez ese beneficio para el paciente y para la organización, merece una parte del ahorro generado.

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

Hablamos de un nuevo modelo. Un modelo basado en:

- La fijación de objetivos de gestión clínica, que debe traducirse en una mejora de los resultados y una utilización adecuada de los recursos.

- Con la participación de los profesionales implicados en una fracción del ahorro derivado de la mejora de los resultados y la utilización adecuada de los recursos.
- Y con un sistema de ajuste de riesgos derivado de los sistemas de agrupación de pacientes que está explorando la Conselleria de Sanitat (CRG o Grupos de Riesgo Clínico o Clinical Risk Groups) capaz de garantizar la equidad y fiabilidad del sistema.

Su funcionamiento, a modo de resumen, sería básicamente el siguiente: sobre la población asignada a cada equipo de Atención Primaria, se determinaría el gasto total que generarían estos pacientes. Para ello se tendría en cuenta el:

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

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

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

Al final del año se evalúan el grado de consecución de los objetivos de gestión clínica y el gasto total.

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

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

4 Otras formas de gestión

En la actualidad, en la red sanitaria valenciana conviven de manera natural tanto la gestión directa como la gestión indirecta de centros sanitarios. Esta coexistencia ha sido posible no sólo por la cobertura que han dado normas estatales, como el [Real Decreto 29/2000, de 14 de enero](#)⁷, por el que se desarrolla la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud o la Ley 30/2007, de 30 de octubre de contratos del sector público, sino también por la regulación que se ha dado a este tema a nivel autonómico, a través de normas como el Estatuto de Autonomía y sobre todo la Ley 3/2003 de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Esta última norma establece que: *“la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente, con medios propios o ajenos, públicos o privados, mediante cualesquiera entidades admitidas en derecho, así como a través de la constitución de concesiones administrativas, consorcios, fundaciones, empresas públicas u otros entes dotados de personalidad jurídica propia, pudiéndose establecer, además, acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas y fórmulas de gestión integrada o compartida”*.

Este amparo específico de las nuevas formas de gestión de los servicios públicos ha permitido implantar dos de las modalidades de gestión reguladas en estas normas: la concesión administrativa, que se ha instaurado en los departamentos de salud de Alzira, Torrevieja, Denia, l'Horta-Manises y Elx-Crevillent y los consorcios hospitalarios, modalidad de gestión esta última actualmente aplicada al [Hospital Provincial de Castellón](#)⁸ (Consortio entre la Conselleria de Sanitat y la Diputación de Castellón) y el [Hospital General Universitario de Valencia](#)⁹ (Consortio entre la Conselleria de Sanitat y la Diputación de Valencia).

4.1 Concesiones administrativas

Por lo que respecta a la concesión administrativa cabe destacar los siguientes aspectos.

Las concesiones sanitarias se ponen en marcha en España y en concreto en la Comunidad Valenciana en el año 1999, al iniciar su actividad el [Hospital “la Ribera” de Alzira](#)¹⁰.

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

Por otro lado, el concesionario debe acreditar su experiencia en el sector del aseguramiento de la salud y por tanto su capacidad técnica para gestionar un servicio público tan complejo como el sanitario. Según se establece en los contratos suscritos:

⁷ Real Decreto 29/2000: http://www.boe.es/boe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2000-1484

⁸ Consortio Hospital Provincial de Castellón: <http://www.hospitalprovincial.es/>

⁹ Consortio Hospital general Universitario de Valencia:
<http://chguv.san.gva.es/Inicio/Conocenos/Paginas/default.aspx>

¹⁰ Hospital la Ribera de Alzira: <http://www.ribera10.com/>

“Podrán presentar proposiciones las empresas del sector de seguros de asistencia sanitaria y las empresas o personas físicas que ejerzan su actividad en el sector de prestación de servicios sanitarios. Igualmente podrán presentar proposiciones las empresas del sector de seguros de asistencia sanitaria o las del sector de prestación de servicios sanitarios, que concurran en unión de una o varias empresas constructoras, tecnológicas o financieras, pudiendo presentar dicha unión la forma jurídica de unión temporal de empresas”.

En estos momentos, Adeslas (Alzira), Sanitas (L’Horta Manises y H. Mislata), Asisa (Torrevieja y Elx-Crevillent) y DKV Seguros y Reaseguros S.A.E. (Denia) forman parte de las UTE (Unidades Temporales de Empresas) que actualmente gestionan estos servicios.

El objeto del contrato de concesión administrativa comprende la prestación de los servicios de asistencia sanitaria especializada, tanto hospitalaria como ambulatoria y de Atención Primaria. Por tanto el “modelo Alzira” se basa en que al concesionario se le encomienda la gestión integral de un departamento de salud asumiendo no sólo la gestión del hospital del departamento, sino también de todos los recursos asistenciales (centros de salud, consultorios, etc.).

A través de una “Gerencia única” todos los centros asistenciales que en él existen (tanto hospitales, como centros de atención ambulatoria como los centros de especialidades, centros sanitarios integrados CSI, centros de Atención primaria y unidades de apoyo a Primaria) son gestionados por el concesionario.

Este sistema de gerencias está implantado en todos los departamentos de salud, tanto los gestionados directamente por la Agencia Valenciana de Salud con los gestionados a través de concesiones administrativas. Y las reglas del juego son las mismas para todos ellos.

No obstante, se excluyen del contrato las prestaciones ambulatorias de farmacia, la oxigenoterapia, las prótesis y el transporte sanitario.

En el “modelo Alzira” la Administración retribuye al concesionario con una “prima per cápita” por todas aquellas personas que constituyen su “población protegida”. Es lo que se conoce como “financiación capitativa”.

La prima se actualiza con el incremento del presupuesto sanitario de la Generalitat, pero estableciendo un tope máximo (concretamente el gasto sanitario público español) y un tope mínimo (el Índice de Precios al Consumo anual IPC).

El precio del contrato viene determinado por la cápita aplicada a la población protegida. Esta cápita es corregida por diversos conceptos:

- Balance (positivo o negativo) de la facturación interdepartamental: Se agrega el coste de los procesos y actos médicos realizados por el “concesionario” a personas no incluidas en su población protegida y se descuenta el de los procesos y actos realizados por otros hospitales públicos (o privados concertados) a personas incluidas en su población protegida.
- Se descuenta un canon por uso de inmuebles propiedad de la Administración (2% anual del valor de los mismos).
- Incentivo ahorro farmacia: Si el concesionario gasta menos en la farmacia ambulatoria, que la media por habitante de la Comunitat Valenciana, el ahorro producido se reparte entre la Conselleria (70%) y el concesionario (30%).

En aquellos casos en que el concesionario no pudiese asumir la asistencia de un paciente por no contar en su cartera de servicios con medios adecuados, el paciente será

derivado a un centro de referencia, que le facturará el coste de los servicios prestados. De forma recíproca, el concesionario facturará a la Conselleria de Sanidad los servicios de asistencia especializada prestados a pacientes no incluidos en su “población protegida”. Este proceso es conocido como “facturación intercentros”. Por tanto, no es cierta la acusación de que las concesiones apliquen la “selección negativa de riesgos”, es decir eludan a los enfermos que más gastos ocasionan y los acaben derivando a los centros de gestión pública con el fin de cuadrar su presupuesto.

Anualmente se actualiza el precio de los servicios sanitarios a través de la [Ley de Tasas de la Generalitat](#)¹¹. Este precio es corregido por el coeficiente de transferencia de servicios. Luego no son las “leyes del mercado” las que determinan los precios que se aplicarán a cada servicio prestado, sino una ley de la Generalitat. Por tanto existe un control parlamentario a la hora de modificar estas cuantías.

Por otro lado, el concesionario es sometido a un control muy riguroso de su facturación. Así, si la actividad extra del concesionario supera un 20%, los precios se penalizan con un 12,5%. Si la facturación extra excede el 40% se penaliza en un 25%.

El concesionario puede recibir primas de forma directa sólo en aquellos supuestos definidos como “facturables” dentro del Sistema Nacional de Salud. Sería el caso de la asistencia sanitaria prestada en caso de accidentes de tráfico o laborales, de seguros escolares o deportivos, de mutualidades administrativas; así como la atención dispensada a personas no incluidas en la población protegida.

Por lo que respecta al control que la Administrativa ejerce sobre el concesionario éste es permanente.

Para garantizar que las organizaciones privadas que prestan servicios públicos ofrezcan servicios de calidad la Administración Pública debe ejercer al máximo sus prerrogativas de planificación, control y evaluación.

En el caso de las concesiones existe una **Comisión Mixta de Seguimiento** que como máximo órgano decisorio asume la función de vigilar el cumplimiento de las cláusulas de la concesión y evaluar el cumplimiento de los objetivos establecidos. Asimismo, tiene competencias en relación con el control de calidad y determinados aspectos de los recursos humanos.

Otra figura clave, a efectos de control por parte de la Administración Pública es la del **Comisionado de Sanidad**, cuya función es de inspección y control; asimismo tiene facultad sancionadora y normativa.

Por otro lado, el adjudicatario debe someterse a una **auditoria integral anual**, realizada por la Generalidad, a través de medios propios o ajenos.

Asimismo, serán exigibles al adjudicatario los controles de calidad que se consideren necesarios (actuales y que se definan en un futuro) establecidos por el órgano contratante.

Por tanto, la Administración controla en todo momento el gasto sanitario, la definición de coberturas, la población protegida. Además realiza la supervisión operativa; así como el control de calidad y de funcionamiento de la concesión.

En cuanto a la política de personal en las concesiones trabajan tanto personal estatutario, como personal laboral contratado por el concesionario. El personal estatutario mantiene los derechos adquiridos, mientras que el contratado debe poseer la titulación y cualificación adecuada al puesto de trabajo desempeñado. Además el concesionario se compromete a cumplir todas las disposiciones vigentes en materia

¹¹ Ley de Tasas de la Generalitat:
http://portales.gva.es/c_economia/web/html/home_Normativa_Monografias_Tributaria_Tasas_c.htm

laboral y social, pudiendo la Administración en cualquier momento solicitar la acreditación de estos extremos.

La Administración se reserva la facultad de control de las plantillas con el fin de determinar su idoneidad.

El Modelo premia con incentivos la buena gestión del concesionario, por ejemplo a la hora de controlar el gasto farmacéutico. En el caso de que la gestión del concesionario genere un menor gasto farmacéutico en relación al gasto farmacéutico anual medio por habitante de la Comunidad Valenciana, éste revertirá a la Conselleria de Sanidad, constituyéndose un incentivo del 30% del eventual ahorro que será derivado al concesionario.

Tabla 3. Concesiones sanitarias actuales

Denominación	Departamento de salud	Población cubierta (cifra aproximada)	Entrada en funcionamiento
UTE Ribera Salud II	La Ribera	270.000	Diciembre 1999
UTE Torreveja Salud	Torreveja	195.000	Octubre 2006
Especializada y Primaria L'Horta-Manises SA	Manises	135.000	Septiembre 2008
UTE Marina Salud	Denia	182.000	Diciembre 2007-Enero 2008
Elx-Crevillent Salud SA	Elx	130.000	Junio 2010
Total		912.000	

4.2 Consorcios hospitalarios

Respecto a la fórmula jurídica consorcial, cabría destacar, por su importancia, la puesta en marcha el 1 de enero de 2002 del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia CHGUV, tras la firma de un Convenio de colaboración entre el Consell de la Generalitat y el Pleno de la Diputación de Valencia.

Desde un punto de vista jurídico dicho consorcio nace como un ente de derecho público, de naturaleza institucional y de base asociativa y dotada de personalidad jurídica plena e independiente de la de sus miembros y capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines y que tiene como finalidad fundamental la gestión, bajo criterios de autonomía efectiva, del Hospital, sin perjuicio de su integración en la red pública sanitaria de la Comunidad Valenciana, con lo que ello lleva aparejado en cuanto al sometimiento a las directrices de la autoridad sanitaria.

La gestión encomendada y capacidades otorgadas por el Consell se realizan bajo criterios de descentralización y autonomía; acomodándose además a los principios de eficacia, eficiencia, calidad y satisfacción para los ciudadanos, planificación, coordinación y cooperación y cualesquiera otros de características análogas que contribuyan al cumplimiento de los anteriores.

El patrimonio del Consorcio lo constituye el conjunto de bienes y derechos que le pertenezcan y aquellos que le sean adscritos o cedidos por las Administraciones consorciadas o por cualquier persona física o jurídica pública o privada. También constituyen parte del patrimonio del Consorcio, los fondos obtenidos por la prestación de servicios sanitarios a otras instituciones y terceros obligados al pago, en los términos establecidos en las normas sobre ordenación de prestaciones sanitarias; y las donaciones y legados y cualesquiera otras aportaciones públicas y privadas que se apliquen a una finalidad determinada, aceptada según lo previsto en la legislación vigente.

Los bienes muebles e inmuebles de la Diputación de Valencia destinados al servicio del Hospital General Universitario de Valencia tendrán carácter de cedidos al Consorcio, ostentando el mismo facultades de administración ordinaria.

Para la realización de sus objetivos el Consorcio, dispone de varios medios y recursos económicos:

- Rendimiento de los servicios que preste.
- Aportaciones realizadas por las Entidades consorciadas.
- Bienes y valores que constituyan su patrimonio.
- Otras subvenciones, ayudas o donativos.
- Productos y rentas de su patrimonio.
- Ingresos ordinarios y extraordinarios que esté autorizada a percibir, según el ordenamiento jurídico.
- Donaciones y legados y cualesquiera otras aportaciones públicas y privadas que se apliquen a una finalidad determinada y hayan sido aceptadas.
- Los créditos que se obtengan.
- Cualesquiera otro recurso que pudiera serles atribuido por la normativa aplicable.

Como Entidad de Derecho Público, el control económico-financiero del Consorcio, así como su régimen presupuestario y contable estará sometido a lo establecido en el Decreto Legislativo de 26 de junio de 1991, por el que se aprueba el Texto Refundido de la [Ley de Hacienda Pública de la Generalitat Valenciana](#)¹².

En este sentido, el Consejo de Gobierno aprueba anualmente un presupuesto, que comprende la totalidad de ingresos y gastos que se prevé realizar en el ejercicio siguiente, y que constará como mínimo de:

- Gastos de personal.
- Gastos de bienes corrientes, de servicios, de mantenimiento y de cualquier otro gasto de explotación del Consorcio.
- Previsiones de financiación.
- Amortizaciones.
- Política de inversiones de bienes inmuebles, instalaciones, de utillaje y de otros bienes comunes duraderos necesarios para el mejor desarrollo y prestación de los servicios, atendiendo en la distribución, como mínimo, el mantenimiento de los niveles de calidad de servicio de los centros integrados.

Dentro del primer trimestre de cada año el Director Gerente del Consorcio eleva al presidente del Consejo de Gobierno una propuesta de cuenta de explotación del ejercicio anterior y el inventario y el balance de resultados a 31 de diciembre. El Consejo debe aprobar las cuentas y balances dentro del segundo trimestre del ejercicio siguiente al de referencia, como también la evolución del potencial de financiación para inversiones del ejercicio. Asimismo el Consejo decide el destino de los remanentes del ejercicio, que se aplicarán en primer lugar a la amortización de deudas del Consorcio, si es el caso.

¹² Ley de Hacienda pública valenciana: <http://www.docv.gva.es/index.php?id=26&L=1&sig=2154/1991>

Por lo que respecta al régimen jurídico del personal al servicio del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia se clasificará, de acuerdo con la naturaleza de los puestos de trabajo de su plantilla, en los regímenes y grupos de clasificación previstos en la normativa básica del Estado.

El personal perteneciente a la plantilla del Hospital General Universitario de Valencia, básicamente funcionario y laboral, conservará su régimen jurídico con ocasión de su incorporación al Consorcio, manteniendo inalterable su situación de servicio activo o la que en su caso corresponda. En este sentido, el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia CHGUV garantiza al personal que se incorpora proveniente de la plantilla del hospital el respeto a la totalidad de derechos adquiridos, tanto los de contenido económico, como social o asistencial.

Además el Consorcio se subroga en los derechos y obligaciones laborales del personal laboral perteneciente a la plantilla del hospital, el cual se integra como personal de aquél. Asimismo la Diputación de Valencia adscribe al Consorcio el personal funcionario de plantilla del Hospital General Universitario, subrogándose en los derechos y obligaciones del mismo, de acuerdo con la normativa vigente.

La selección del personal de nuevo ingreso se realizará mediante convocatoria pública de acuerdo con los principios de igualdad, mérito y capacidad, y en el marco de la normativa laboral.

No obstante, mediante los procedimientos de provisión previstos en la normativa básica del Estado, el CHGUV podrá reclutar, con carácter definitivo o temporal, a empleados públicos, sin distinción de su régimen jurídico, de los Servicios e Instituciones del Sistema Nacional de Salud o de las Administraciones Públicas.

Por otra parte, el Convenio por el que se regula el Consorcio recoge también un régimen de garantías de los ciudadanos, garantías del servicio, planificación, coordinación y cooperación.

Así el artículo 10º de los Estatutos establece que se respetarán en todo momento los derechos otorgados a los usuarios por la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás disposiciones de aplicación; asimismo el de disponer de la asistencia religiosa que escojan según sus propias creencias, estableciendo procedimientos y órganos que faciliten la exigencia y el cumplimiento de los mismos.

En las actividades de docencia y de investigación así como en todas aquellas de desarrollo del Consorcio, se tendrá un absoluto y riguroso respeto para con los derechos de las personas asistidas.

En todo caso el Consorcio garantizará la continuidad asistencial y la atención sanitaria que deberá prestarse, al menos, con el alcance previsto en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

El Consorcio se adaptará a las directrices de planificación, coordinación y cooperación entre centros sanitarios dispuestas por la Conselleria de Sanidad, asumiendo la responsabilidad de desarrollar activamente la integración de la asistencia sanitaria prestada con sus propios medios con la realizada en otros dispositivos, garantizando en todo lo posible la prestación de servicios integrados y sin escalones a los ciudadanos.

En febrero de 2007, aprovechando la extensión de las Gerencias Únicas, se publica el Convenio de colaboración entre la Agencia Valenciana de Salud y el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia por el que se encomienda al Hospital General de Valencia la gestión de todos los centros sanitarios dependientes de la Agencia Valenciana de la Salud y adscritos a su Departamento de Salud.

En otro orden de cosas hay que destacar también que en términos similares se estableció en enero de 2004 el segundo de los consorcios hospitalarios valencianos, concretamente el Consorcio Hospital Provincial de Castellón, que hasta ese instante dependía orgánica y funcionalmente de la Diputación Provincial de Castellón. No obstante, este centro a diferencia del Consorcio de Valencia no tiene encomendada la gestión de un departamento de salud, sino que actúa como centro complementario del Hospital General de Castellón, que es un centro de gestión directa y sí es cabecera de un departamento de salud.

5 Buenas prácticas

5.1 Continuidad de cuidados en el departamento de salud de Alicante-Hospital General. Innovación en integración asistencial

Se crea en el año 2008, un grupo de mejora de la continuidad de cuidados para solventar situaciones indeseadas como pérdida de informes de alta de enfermería y circuitos de comunicación ineficaces entre la Enfermería de Atención Primaria y especializada. Se establece un circuito de continuidad de cuidados en el Departamento de Salud Alicante en el año 2009, utilizando el Sistema de Información Ambulatorio (SIA).

Las Enfermeras de Atención Especializada (EAE) realizan el Informe de Continuidad de Cuidados (ICC) en el aplicativo Abucasis a todos los pacientes dados de alta, dirigido a las agendas de las enfermeras de referencia de Atención Primaria del Departamento y la Coordinadora de Enfermería del centro de salud comprueba diariamente las altas hospitalaria. Es la Coordinadora la que distribuye los ICC a las enfermeras de referencia de cada paciente y cita simultáneamente en las agendas de la enfermera de referencia y el médico de familia.

La enfermera de referencia de Atención Primaria lee el ICC y el médico de familia visualiza el informe de alta hospitalaria del médico de atención especializada. En un plazo de entre 24 y 48 horas la enfermera de referencia llama al paciente por teléfono y valora las necesidades de cuidados (domiciliario, centro de salud o seguimiento telefónico).

Se crean también circuitos de continuidad de cuidados específicos con los pacientes oncológicos, de salud mental, urgencias en quemaduras y cuidados materno-infantiles.

5.2 Implantación del “Código Ictus Extrahospitalario” CIE en toda la provincia de Castellón (departamentos de salud de Vinaroz, de Castellón y de la Plana de Villarreal)

La trombolisis endovenosa en el infarto cerebral es el tratamiento de elección durante la fase aguda del ictus y el retraso en su aplicación es la principal barrera para su empleo.

El Hospital General de Castellón trata cada año 600 pacientes con ictus, el 60% del total de los casos que se producen en la provincia. Para llevarlo a cabo, trabajan conjuntamente los servicios de Radiología, Neurología, Medicina Intensiva y Urgencias.

El Código Ictus Extrahospitalario (CIE) es un sistema que permite una rápida identificación y traslado del paciente con sospecha de ictus al hospital adecuado para realizar la mencionada trombolisis endovenosa. El objetivo de este nuevo protocolo es conocer el impacto de extender el Código Ictus Intrahospitalario al ámbito provincial.

5.3 Tele dermatología en el Departamento de Salud Valencia-Arnau de Vilanova-Lliria

El servicio de Dermatología del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia está extendiendo durante el año 2009 su sistema de telemedicina a los 300.000 habitantes del departamento de salud.

El objetivo es que los facultativos de Atención Primaria puedan intercambiar imágenes clínicas e información biomédica de las lesiones dermatológicas de los pacientes entre las consultas de Atención Primaria y el hospital.

La valoración del especialista se hace en un plazo no superior a una semana. Posteriormente el paciente es citado en tres días máximo para ser informado de las pautas de prescripción que debe seguir.

Debido a la gran dispersión demográfica del departamento de salud del Hospital Arnau de Vilanova, al aumento progresivo de las consultas en dermatología y al elevado número de recursos de Atención Primaria (16 Centros de Salud y 38 consultorios auxiliares) las posibilidades que ofrece este sistema son "amplias".

El sistema permite diagnosticar y tratar al paciente con problemas dermatológicos sin que se desplace hasta el hospital, con el consiguiente ahorro de costes para el usuario y para el sistema sanitario y, por otro, posibilita el cribado de pacientes a las consultas de dermatología, lo que favorece la reducción de las listas de espera.

Los centros de salud que ya han incorporado la tele dermatología a sus servicios asistenciales son Paterna, Titaguas, Villar del Arzobispo, Tuéjar y Pedralba.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

www.mpsi.es