



UNIVERSIDAD  
POLITECNICA  
DE VALENCIA



## **TRABAJO FIN DE CARRERA**

**“ANÁLISIS Y PROPUESTA DE MEJORA EN  
EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA  
INSPECCIÓN DE LOS SERVICIOS  
SANITARIOS DE LA CONSELLERIA DE  
SANIDAD (SECCIÓN 10-02 DE VALENCIA)”**

**MÓNICA TALAVERA HUERTA**

**VALENCIA, MAYO 2012**

**DIRECTOR: AURELIO HERRERO BLASCO**



## **AGRADECIMIENTOS**

*A mis padres, por estar siempre apoyándome y animándome incondicionalmente en todos los proyectos de mi vida.*

*A mis amigos por motivarme y estar a mi lado.*

*A mi director del Trabajo de Final de Carrera, Aurelio Herrero Blasco, por su dirección, consejos, sugerencias y disposición.*



# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.</b> .....	<b>9</b>
1.1. RESUMEN.....	9
1.2. OBJETO Y ASIGNATURAS RELACIONADAS .....	11
1.2.1. OBJETO DEL TFC .....	11
1.2.2. ASIGNATURAS RELACIONADAS .....	11
1.3. OBJETIVOS.....	15
<b>2. ANTECEDENTES.....</b>	<b>18</b>
2.1. INTRODUCCIÓN.....	18
2.2. JUSTIFICACIÓN DEL PRÁCTICUM.....	18
2.3. LA SANIDAD EN ESPAÑA. EL SISTEMA SANITARIO .....	19
ESPAÑOL. MINISTERIO DE SANIDAD	
2.4. LA SANIDAD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. GENERALITAT VALENCIANA. CONSELLERIA DE SANIDAD.....	35
<b>3. LOS SERVICIOS DE INSPECCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS-SECCIÓN 10-02 VALENCIA.</b> .....	<b>44</b>
3.1. INTRODUCCIÓN.....	44
3.2. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN.....	44
3.3. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES.....	48
3.4.EL SISTEMA DE INFORMACIÓN ABUCASIS II .....	73
3.5. EJERCICIO DIARIO DE LAS FUNCIONES DE LA SECCIÓN DE INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS 10-02 DE VALENCIA.....	92
3.6. ANÁLISIS DAFO .....	109
3.7. EPÍLOGO.....	115
<b>4. PROPUESTA DE MEJORA.....</b>	<b>117</b>
4.1. INTRODUCCIÓN.....	117
4.2.MODIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN AMBULATORIA (SIA) PROPORCIONADO POR EL PROGRAMA INFORMÁTICO ABUCASIS II.....	117
4.2.1. EQUIPO DEL PROYECTO.....	120

4.2.2. PERIODO DE IMPLANTACIÓN DEL SOFTWARE. ....	123
4.2.3. MODELO DE PROCESO UTILIZADO.....	124
4.2.4. DESCOMPOSICIÓN DE LAS FASES DEL PROYECTO POR HORAS. ....	127
4.3. PRESUPUESTO.....	130
4.3.1. PRINCIPALES FUNCIONES DE LOS PRESUPUESTOS.....	130
4.3.2. OBJETIVOS DE LOS PRESUPUESTOS. ....	130
4.3.3. ESTIMACIÓN ECONÓMICA. ....	131
<b>5. CONCLUSIONES .....</b>	<b>134</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>138</b>
<b>7. ANEXOS Y GLOSARIO.....</b>	<b>143</b>

## **INDICE DE ILUSTRACIONES**

ILUSTRACIÓN 1- CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS .....	23
ILUSTRACIÓN 2- CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD- ESQUEMA .....	25
ILUSTRACIÓN 3- CONSEJO INTERTERRITORIAL 1987-2004 ACUERDOS/ PLENOS..	26
ILUSTRACIÓN 4- CONSEJO INTERTERRITORIAL - ACUERDOS DEL PLENO: DE 1987- 2004 .....	27
ILUSTRACIÓN 5- CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS. ACUERDOS/ RECOMENDACIONES POR AREAS TEMÁTICAS. ....	28
ILUSTRACIÓN 6- SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA DEL SNS.....	30
ILUSTRACIÓN 7- ORGANIGRAMA MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD .....	34
ILUSTRACIÓN 8- COMPETENCIAS SANITARIAS.....	37
ILUSTRACIÓN 9-PRESUPUESTO SANITARIO POR PROGRAMAS Y CAPÍTULOS 2011 .	42

ILUSTRACIÓN 10- INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS .....	63
ILUSTRACIÓN 11- PLAN DE INSPECCIÓN 2010 AREAS .....	70
ILUSTRACIÓN 12- HISTORIA CLÍNICA ÚNICA.....	75
ILUSTRACIÓN 13- HISTORIA ÚNICA INDEPENDIENTE DE LOS SISTEMAS A LOS QUE ACCEDE .....	76
ILUSTRACIÓN 14- MÓDULOS .....	77
ILUSTRACIÓN 15- PANTALLA MODULO MOS .....	78
ILUSTRACIÓN 16- PANTALLAZO MÓDULO GIP .....	80
ILUSTRACIÓN 17- PANTALLAZO MODULO IND .....	83
ILUSTRACIÓN 18-DATA WAREHOUSE CORPORATIVO DE LA CONSELLERIA DE SANITAT .....	84
ILUSTRACIÓN 19- E-RECETA.....	86
ILUSTRACIÓN 20- SIP .....	90

## **INDICE DE TABLAS**

TABLA 1- POSIBLES RIESGOS.....	121
TABLA 2- ESTIMACIÓN ECONÓMICA .....	131

# **1. INTRODUCCIÓN**



# **1. INTRODUCCIÓN.**

## **1.1. RESUMEN**

En el presente trabajo de final de carrera, la mejora propuesta se basa en el análisis de la situación actual de los procesos seguidos en la unidad objeto de estudio, centrándonos en el recorrido seguido con el fin de asegurar un proceso asistencial completo, concretamente en su Sistema de Información, enmarcado en la Inspección de los Servicios Sanitarios de la Conselleria de Sanidad (Sección 10-02 de Valencia).

Se presenta un análisis de la Sanidad en España, del Ministerio de Sanidad, realizando un estudio de la normativa que delimita sus competencias y responsabilidades, así como se presentan sus correspondientes organigramas que permiten determinar las líneas de dependencia orgánicas y funcionales.

Posteriormente se analiza la Sanidad en la Comunidad Valenciana, la Conselleria de Sanidad, en la cual, del mismo modo que en el análisis del Ministerio de Sanidad se estudia el marco normativo que la regula, para conocer sus principales competencias y funcionalidades, como también se presenta su organigrama para conocer sus órganos y la jerarquía que siguen.

A continuación se procede a analizar ya con más profundidad Los Servicios de Inspección de Servicios Sanitarios (Sección 10-02 de Valencia), partiendo de la normativa que los regula, se analiza la estructura del personal, sus funciones y responsabilidades, su ejercicio diario, sus medios informáticos y más a fondo su sistema de Información Corporativo Abucasis II.

Se presenta una matriz DAFO, viendo, de este modo, los puntos a mejorar en la citada Inspección, por lo que se presenta una mejora que se estima necesaria para adecuar la unidad examinada a los requerimientos y demandas de la sociedad actual.

La mejora en el Sistema de Información de la Inspección de los Servicios Sanitarios , se centra principalmente en crear una línea propia entre las Inspecciones de Servicios Sanitarios, el Centro de Salud y el INSS.

Ya que, en la actualidad, se entorpece la interrelación produciendo una ineficacia en el trabajo diario, para lo que se propone en esta mejora una línea o extensión de utilización entre ambos.

La información ha sido obtenida, en buena medida, de la propia experiencia de formar parte de la Inspección de los Servicios Sanitarios de la Conselleria de Sanidad (Sección 10-02 de Valencia), por lo que he tratado de cerca con la tramitación de los expedientes, información y he visto in situ la problemática generada por las carencias objeto de mejora en este trabajo.

Con toda esta información se crea el presente proyecto que consiste en crear un software concreto que subsane las carencias encontradas en el Sistema de Información Ambulatoria (SIA).

Se propone que la creación y puesta en marcha del presente software se efectúe por una empresa privada mediante una Subcontrata, con el correspondiente proceso de licitación y adjudicación.

Una vez adjudicado el trabajo se definen los principales procesos que debe contener, su equipo de trabajo, su planificación, quedando detallada la planificación mediante un Diagrama de Gantt, el estudio de los costes y el presupuesto del proyecto

Finalmente, se exponen las conclusiones a las que se ha llegado y los objetivos alcanzados en base a la aplicación de la mejora propuesta.

## **1.2. OBJETO Y ASIGNATURAS RELACIONADAS**

### **1.2.1. OBJETO DEL TFC:**

El objeto de estudio del presente trabajo llamado “**Análisis Y Propuesta De Mejora En El Sistema De Información De La Inspección De los Servicios Sanitarios (Sección10-02 De Valencia)**”, lo constituye el análisis de la citada Inspección, dependiente de la Conselleria de Sanidad.

Trataré de realizar un estudio de carácter práctico, teniendo en cuenta que los pilares fundamentales de este trabajo se basarán en mi experiencia como administrativa en prácticas de la citada inspección.

Se procederá a realizar un análisis crítico de la citada inspección, con el mero objetivo de dar a conocer sus carencias o puntos a mejorar y proponer las mejoras oportunas y como todas las mejoras que se realizan en el Sector Público, deben de ir enfocadas única y exclusivamente a incrementar el grado de satisfacción de sus usuarios, los ciudadanos.

### **1.2.2. ASIGNATURAS RELACIONADAS:**

A lo largo de la diplomatura, al margen de los conocimientos adquiridos a través de las asignaturas impartidas en la Diplomatura, éstas me han proporcionado también la capacidad de sintetizar, razonar y elaborar conclusiones, entre otras cosas.

Por lo que, si el objetivo del presente trabajo es comprobar la capacidad adquirida por el alumno durante los años de estudio, se puede afirmar que las asignaturas cursadas están comprometidas con el desarrollo de habilidades para resolver una carencia observada en el ámbito profesional propio de la titulación a la que se aspira.

De modo que, voy a pasar a explicar la relación de cada una de estas asignaturas a continuación:

En primer lugar, para estudiar los antecedentes y la situación actual utilizamos las asignaturas de Gestión Administrativa. Derecho Constitucional I y II, Derecho Administrativo I y II , Derecho Autonómico y Local y Estructuras Políticas.

-Gestión Administrativa:

Esta asignatura engloba todo lo necesario para un Diplomado en Gestión y Administración Pública, y por supuesto esta asignatura sirve de gran ayuda a la hora de la realización del Prácticum, puesto que proporciona las herramientas básicas para llevarlo a cabo, así como también proporciona las nociones necesarias a la hora de incorporarse a la Administración Pública

-Derecho Constitucional I y II:

Imprescindible esta asignatura ya que su objetivo principal es la familiarización con la teoría general del Estado, así como conocer los órganos del Estado y los derechos y libertades contenidos en el Título I de la Constitución Española. Encuentro su relación con este punto en el conocimiento del funcionamiento de los sistemas e instituciones políticas, pero sobre todo el conocimiento del funcionamiento de la Administración Pública en sus distintos niveles y también el marco legal de las actividades que se realizan en las Administraciones Públicas.

-Derecho Administrativo I y II:

Relacionada estrechamente esta asignatura con Derecho Constitucional, me centro en destacar la importancia de esta asignatura a nivel de mejora de la gestión pública y calidad de este servicio, y sobre todo ayuda a establecer la diferenciación entre Administración Pública y Privada. Y sobre todo también saber resolver conflictos que se pueden dar en el tiempo.

-Derecho Autonómico y Local:

Los conocimientos de esta asignatura los considero necesarios a la hora de realizar el análisis del Autogobierno de la Comunidad Valenciana, como el

conocimiento de la Generalitat , su estructura y funciones los cuales me han servido de gran ayuda.

-Estructuras Políticas:

Los conocimientos adquiridos en esta asignatura los considero necesarios a la hora de conocer el funcionamiento de los sistemas políticos, muy importantes a la hora de realizar un estudio de la Administración Pública.

Continuando con el estudio de la inspección de servicios sanitarios sección 10-02, utilizaremos las asignaturas de Sistemas de salud y Servicios Sociales Públicos, Teoría Social, Dirección de Organizaciones y Ética en las Organizaciones.

Centrándonos en la propuesta de mejora a efectuar vemos relación con las asignaturas de Información y Documentación Administrativa/Informática Básica, Información y Documentación Administrativa I Y II, Sistema Económico y Financiero, Gestión Financiera y Contabilidad.

-Información y Documentación Administrativa/Informática Básica:

Para poder llevar a cabo lo propuesto en este trabajo son de gran importancia los conocimientos aprendidos en esta asignatura, ya que me ha proporcionado un conocimiento de la tecnología informática, paquetes de software...etc. Asignatura que posteriormente será complementada para un conocimiento óptimo con Información y Documentación Administrativa.

-Información y Documentación Administrativa I Y II:

El conocimiento de esta asignatura ha supuesto uno de los pilares del trabajo, puesto que los principales objetivos de esta asignatura son aprender las técnicas de gestión de documentos administrativos, conocer el funcionamiento de un sistema de gestión documental, así como adquirir conocimientos sobre documentación administrativa y electrónica, por lo tanto considero esta asignatura muy relacionada con el análisis que voy a realizar,

ya que con mi mejora busco una mayor eficiencia y calidad a nivel de gestión electrónica.

-Sistema Económico y Financiero:

Ha sido necesaria para la realización del presupuesto ya que en esta asignatura he conocido la estructura del presupuesto de las Administraciones Públicas y el análisis de la estructura y naturaleza del gasto y los ingresos así como el conocimiento actual de los temas económicos del Sector Público.

-Gestión Financiera y Contabilidad:

Ha servido de ayuda a la hora de saber cómo emplear los recursos existentes de la manera más eficiente y saber cómo enfrentarse a problemas económico – financieros.

### **1.3. OBJETIVOS.**

Con el planteamiento de los objetivos del presente trabajo, realizo un desarrollo de los conocimientos adquiridos a través de las asignaturas cursadas a lo largo de la Diplomatura.

Con el desarrollo del siguiente trabajo se pretenden alcanzar una serie de objetivos principales y secundarios detallados a continuación.

**OBJETIVO PRINCIPAL 1:** Realizar un estudio de los antecedentes y situación actual del ámbito sanitario, tanto a nivel nacional como autonómico.

Objetivo Secundario 1.1: Hacer un análisis de las competencias del Estado en materia de Sanidad, estudio del Sistema Sanitario Español y del Ministerio de Sanidad.

Objetivo Secundario 1.2.: Hacer un análisis de las competencias de las Comunidades Autónomas en materia de Sanidad, estudio de la Generalitat Valenciana para posteriormente centrarme en la Conselleria de Sanidad.

**OBJETIVO PRINCIPAL 2:** Estudio específico de la Inspección de Servicios Sanitarios.

Objetivo Secundario 2.1: Análisis y descripción del funcionamiento de las Inspecciones Sanitarias así como estudio de la normativa que las regula.

Objetivo Secundario 2.2: Estudiar y analizar la organización y funciones de las citadas inspecciones a través de la herramienta DAFO.

**OBJETIVO PRINCIPAL 3:** Realizar la Propuesta de Mejora pertinente y necesaria para el buen funcionamiento de la Inspección de Servicios Sanitarios objeto de estudio.

Objetivo Secundario 3.1: Una vez establecidos los problemas en la matriz DAFO, pasamos a identificar los problemas y analizarlos.

Objetivo Secundario 3.2: Una vez analizados los problemas proceder a presentar la Propuesta de mejora pertinente, que en este caso consiste en una modificación en el Sistema de Información.

Objetivo Secundario 3.3: Presentar el presupuesto que sería necesario para llevar a cabo la citada propuesta.



## **2. ANTECEDENTES**

## **2. ANTECEDENTES**

### ***2.1 INTRODUCCIÓN.***

En este capítulo vamos a realizar un estudio de la Sanidad tanto a nivel estatal como autonómico, analizando, a tal fin, El sistema sanitario español, el Ministerio de Sanidad y la Conselleria de Sanidad en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

### ***2.2 JUSTIFICACIÓN DEL PRÁCTICUM.***

Debido a mi experiencia, al haber realizado las prácticas en esta Inspección de Servicios Sanitarios (Sección 10-02 de Valencia), es por lo que me he decidido a hacer mi Prácticum sobre este tema.

Así pues, voy a realizar el trabajo bajo el título Análisis y Propuesta de mejora en el Sistema de Información de la Inspección de los Servicios Sanitarios de la Conselleria de Sanidad (Sección 10-02 de Valencia).

Partiendo del estudio y análisis de la situación actual de la Inspección de Servicios Sanitarios, y de la Sanidad en España, concretamente el Ministerio de Sanidad estudiando su organización y funcionamiento, pasando más tarde a realizar dicho estudio a nivel Autonómico con la Conselleria de Sanidad.

Tras el análisis haré una propuesta de mejora que va a consistir básicamente en mejorar los sistemas de información y coordinación de estos servicios. Sistema de Información Ambulatoria (SIA), proporcionado por el programa informático Abucasis II, es el que contribuye a solventar los

errores que en este momento se dan para proporcionar un trabajo más eficiente y de mayor calidad.

Los citados errores son el objeto de propuesta de mejora mediante mejora de los circuitos informativos.

Para finalizar extraeremos las conclusiones que sirvan para que el sistema sea más eficiente.

## **2.3 LA SANIDAD EN ESPAÑA. EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL. MINISTERIO DE SANIDAD:**

En este punto voy a realizar un estudio de la sanidad a nivel estatal, punto de gran importancia a la hora de entender la composición, estructura y funcionamiento de la sanidad en España.

- Marco Normativo:

- Constitución Española.

- Ley 14/1986 , de 25 de abril, General de Sanidad

- Real Decreto 1313/2010, de 20 de octubre, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales.

- Real Decreto 1366/2010, de 29 de octubre, por el que se aprueba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.

- Real Decreto 263/2011, de 28 de febrero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

- Ley 16/2003 , de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

La Constitución Española de 1978, en su artículo 41, afirma que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los

ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad; asimismo, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho se concretan en: financiación Pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso, derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos, descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas, prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados y por último la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, el título VIII del texto constitucional diseñó una nueva organización territorial del Estado que posibilitaba la asunción por las comunidades autónomas de competencias en materia de sanidad, reservando para aquél la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad.

La ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dio respuesta y desarrollo a estas previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud: el carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema, la definición de los derechos y deberes de los ciudadanos y poderes públicos en este ámbito, la descentralización política de la sanidad, la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud y su organización en áreas de salud y el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria que ponía énfasis en la integración en este nivel de las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica.

En el caso del Real Decreto 1313/2010, reestructura los Departamentos ministeriales con el objeto de desarrollar el programa político del Gobierno, conseguir la máxima eficacia en su acción y la mayor racionalidad en el funcionamiento de la Administración General del Estado.

El artículo 1 del referido Real Decreto crea el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, cuyas funciones básicas y órganos superiores se enumeran en su artículo 15.

Así, el nuevo Departamento Ministerial asume las competencias de los extinguidos Ministerios de Sanidad y Política Social y de Igualdad al objeto de dar un enfoque integral y coordinado a las políticas sociales del Gobierno, reforzando las actuaciones del mismo en materia de Igualdad.

Posteriormente, el Real Decreto 1366/2010, de 29 de octubre, establece en su artículo 14, la estructura orgánica básica de los órganos superiores y directivos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Procede, en consecuencia, completar la reestructuración iniciada, dando cumplimiento a lo dispuesto en la disposición final segunda del Real Decreto 1366/2010, de 29 de octubre, estableciéndose ahora con el Real Decreto 263/2011 el desarrollo completo de la estructura orgánica básica mediante la definición de los órganos superiores y directivos del Departamento y desarrollando la estructura básica hasta el nivel de subdirección general, con el fin de racionalizar la organización ministerial para facilitar la propuesta y ejecución de la política de Gobierno en materia de sanidad, cohesión e inclusión social, familias, protección a la infancia, discapacidad e igualdad.

Igualmente, en el contexto de austeridad y racionalización de la estructura del Departamento se incluyen otras modificaciones que responden a la necesidad de adecuar las funciones a cada órgano y conseguir así una mejora en la gestión que permita una mayor eficacia en la prestación del

servicio público que al ministerio corresponde, todo ello sin merma de la calidad del servicio público esencial cuyos usuarios son los ciudadanos.

En lo que se refiere al Sistema Nacional de Salud (SNS) se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

Y son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud: *(Artículo 46 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad).*

- a. La extensión de sus servicios a toda la población.
- b. La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación.
- c. La coordinación y, en su caso, la integración de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único.
- d. La financiación de las obligaciones derivadas de esta Ley se realizará mediante recursos de las Administraciones públicas, cotizaciones y tasas por la prestación de determinados servicios.
- e. La prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

Competencias de las administraciones públicas en materia sanitaria:

### Ilustración 1- Consejo Interterritorial del SNS

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS	
<b>ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• BASES Y COORDINACIÓN DE LA SANIDAD</li><li>• SANIDAD EXTERIOR</li><li>• POLÍTICA DEL MEDICAMENTO</li><li>• GESTIÓN DE INGESA</li></ul>
<b>COMUNIDADES AUTÓNOMAS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• PLANIFICACIÓN SANITARIA</li><li>• SALUD PÚBLICA</li><li>• GESTIÓN SERVICIOS DE SALUD</li></ul>
<b>CORPORACIONES LOCALES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• SALUBRIDAD</li><li>• COLABORACIÓN EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS</li></ul>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2012)  
[www.msc.es](http://www.msc.es)

Cabe destacar a su vez la importancia del **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, al que se conoce como órgano coordinador entre las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado, que ha realizado una importante labor tanto en el fomento del consenso como en la difusión de experiencias y en el aprendizaje mutuo entre niveles de gobierno, es el órgano básico de cohesión al que se dota de mayor agilidad en la toma de decisiones y de mecanismos para la búsqueda de consensos, así como para la vinculación entre las partes en la asunción de estas decisiones.

Preside el Consejo Interterritorial la Ministra de Sanidad y Política Social. La Vicepresidencia es desempeñada por uno de los consejeros de sanidad de las comunidades autónomas, elegido por y entre los consejeros que lo integran.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud funciona en Pleno, en Comisión Delegada, comisiones técnicas y grupos de trabajo.

En el caso del Pleno, éste se reúne cuatro veces al año. Es el órgano de más alto nivel, ya que sus miembros son los máximos responsables de la Sanidad en nuestro país.

Los acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se plasman a través de recomendaciones que se aprueban, en su caso, por consenso.

Las comisiones técnicas y grupos de trabajo que sean creados, tienen en su funcionamiento una dinámica propia, relacionada con las tareas que se les hayan asignado y celebran sus reuniones, periódicas o no, en función de sus propias peculiaridades.

La Comisión Delegada, órgano de segundo nivel, está integrada por el Secretario General de Sanidad, que la preside, un representante de cada comunidad autónoma con cargo de viceconsejero o equivalente y un representante del Ministerio de Sanidad y Política Social, que actúa de secretario. El Vicepresidente es designado por los representantes de las comunidades autónomas.

La Comisión Delegada actúa como órgano de apoyo en la preparación de las sesiones del Consejo Interterritorial y ejercerá las funciones que el mismo le delegue.



El Comité Consultivo, es el órgano dependiente del Consejo Interterritorial mediante el cual se hace efectiva, de manera permanente, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, y en él se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales en el Sistema Nacional de Salud.

Sus funciones específicas son las de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

#### Ilustración 2- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud- Esquema

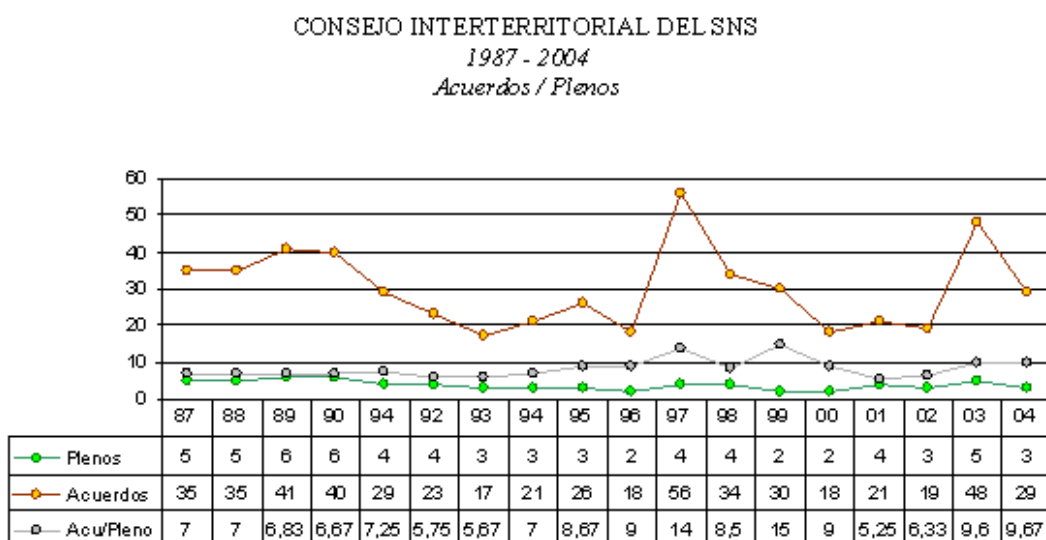


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2012)  
<http://www.msc.es/organizacion/consejoInterterri/home.htm>

Es de interés representar mediante gráficos la evolución del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud desde su creación hasta el año 2004.

Plenos: La celebración de 68 sesiones plenarias en los dieciocho años de funcionamiento del Consejo, ha seguido una distribución temporal desigual. Así, mientras que en 1989 y 1990 se celebraron seis Plenos cada año, desde 1993 hasta 1997 no se superaron los tres anuales, en 1997 y 1998 se celebraron cuatro, en 1999 y 2000 dos, cuatro en 2001, tres en 2002, cinco en 2003 y en 2004 tres.

**Ilustración 3- Consejo Interterritorial 1987-2004 Acuerdos/ Plenos**

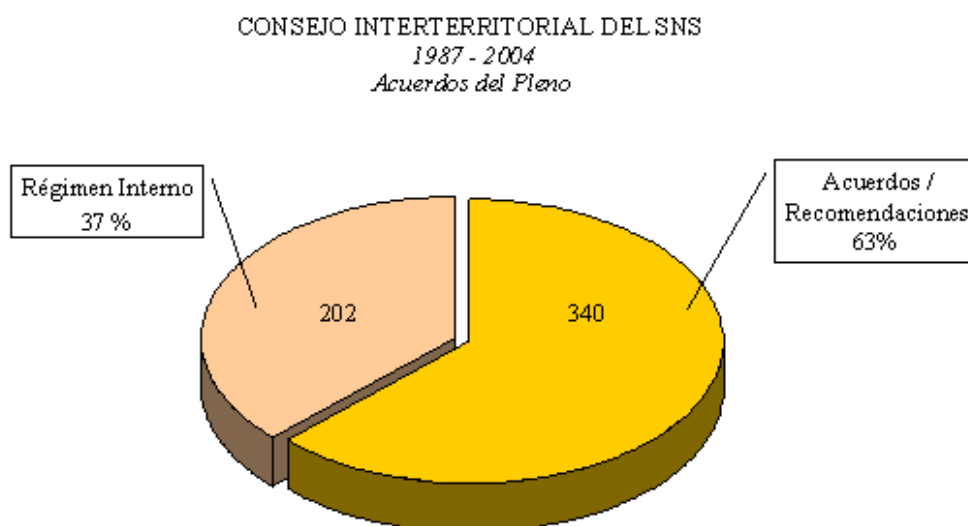


Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2012)

<http://www.msc.es/organizacion/consejoInterterri/actividad.htm>

En lo que respecta a las áreas temáticas a las que corresponden los asuntos tratados en los Plenos de estos dieciocho años (gráfico 2), cabe destacar que de los 542 acuerdos alcanzados, 202 (37%) se refieren a asuntos de régimen interior (aprobación de actas, nombramientos, modificaciones de su reglamento, creación, disolución y modificación de ponencias, comisiones y grupos de trabajo) y el resto, 340 (63%), constituyen propiamente los acuerdos y/o recomendaciones.

**Ilustración 4- Consejo Interterritorial - Acuerdos del Pleno: de 1987-2004**



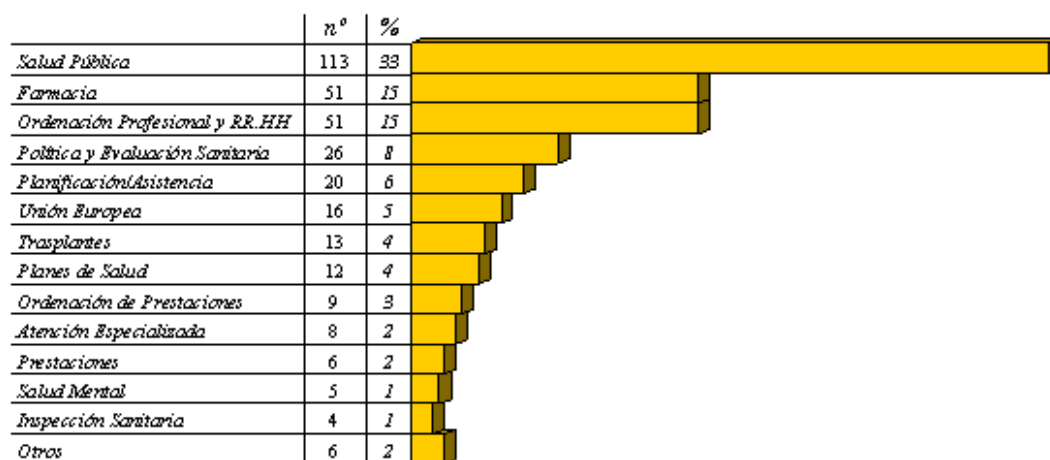
Fuente: Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2012)

<http://www.msc.es/organizacion/consejoInterterri/actividad.htm>

A su vez, en el gráfico 3 se observa que, de estos 340 acuerdos, 113 (33%) son del área de Salud Pública, 51 (15%) de Farmacia y otros 51 (15%) de Ordenación Profesional y Recursos Humanos, existiendo otras áreas en que la cuota de participación es menor. Debe tenerse en cuenta que, a partir de la Ley de cohesión y calidad, que constituyó la Comisión de Recursos Humanos del SNS, los asuntos de esta materia y de ordenación profesional ya no se tratan en el CISNS.

**Ilustración 5- Consejo Interterritorial del SNS. Acuerdos/ Recomendaciones por Areas temáticas.**

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS  
1987 - 2004  
Acuerdos/ Recomendaciones  
por Areas Temáticas



Fuente:Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2012)  
<http://www.msc.es/organizacion/consejoInterterri/actividad.htm>

Otro órgano de importancia a desarrollar es el **Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud**.

Se encuentra regulado en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Concretamente en su capítulo V, Sección 1ª. La presente ley encomienda al Ministerio de Sanidad y Política Social el desarrollo del Sistema de Información Sanitaria para el Sistema Nacional de Salud, el cual debe garantizar la disponibilidad de la información y la comunicación recíprocas entre las Administraciones Sanitarias.

Para ello, en el seno del Consejo Interterritorial se deben acordar los objetivos y contenidos de la información.

En este marco, el Sistema de Información Sanitaria tiene que responder a las necesidades de los siguientes colectivos:

- a) Autoridades Sanitarias: La información favorecerá el desarrollo de políticas y la toma de decisiones, dándoles información actualizada y comparativa de la situación y evolución del Sistema Nacional de Salud.
- b) Profesionales: La información irá dirigida a mejorar sus conocimientos y aptitudes clínicas.
- c) Ciudadanos: La información colaborará a mejorar el autocuidado y la utilización de los servicios sanitarios y el funcionamiento correcto.
- d) Organizaciones y asociaciones en el ámbito sanitario: información con la finalidad de promover la participación de la sociedad civil en el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema de Información es, por lo tanto, uno de los elementos clave para hacer frente a los retos presentes y futuros derivados de nuestra realidad organizativa y de las demandas que plantean los tres grandes actores que integran el Sistema Sanitario. En primer término, los ciudadanos, que se

encuentran más y mejor informados y, por lo tanto, se muestran más exigentes respecto al cuidado de la salud lo que, además, conlleva una mayor demanda de servicios y un gasto creciente. En segundo lugar, los profesionales, cada vez más concienciados en la gestión y en la calidad de los servicios prestados. Por último, las administraciones sanitarias que, en una situación de recursos limitados, deben buscar la eficiencia y la calidad en su objetivo de lograr un buen nivel de salud, dando simultáneamente respuesta a las expectativas de los ciudadanos y profesionales.

**Ilustración 6- Sistema de Información Sanitaria del SNS**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2012)

(<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>)

El sistema de información sanitaria debe evolucionar desde los tradicionales modelos tradicionales de explotación de datos independientes y descriptivos a un sistema que permita tratar la información de forma integrada y que, por lo tanto, genere conocimiento, de modo que el Sistema Nacional de Salud pueda posicionarse ventajosamente para dar respuesta a las exigencias de la sociedad a la que sirve y sortear las amenazas que limitan su correcto desarrollo.

Debe dar un servicio eficaz a las Comunidades Autónomas para la gestión de los servicios sanitarios y lograr el reconocimiento de todos los sectores que integran el Sistema Nacional de Salud y de la propia sociedad.

Centrándome en concreto en el Ministerio de Sanidad y Política Social, éste se encuentra regulado por los siguientes Reales Decretos:

- Real Decreto 1313/2010, de 20 de octubre, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales.
- Real Decreto 1366/2010, de 29 de octubre, por el que se aprueba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.
- Real Decreto 263/2011, de 28 de febrero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

El Ministerio de Sanidad y Política Social es el órgano encargado de la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria y de consumo, así como del ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud.

También le corresponde la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de cohesión e inclusión social de familias, de protección del menor y

atención y apoyo a las personas dependientes o con discapacidad , así como la promoción de políticas de igualdad, no discriminación y accesibilidad universal.

Son tareas del Departamento, velar por la vertebración funcional del Sistema Nacional de Salud, establecer normas que definen los estándares básicos y comunes de la prestación sanitaria, siendo el responsable del establecimiento de sistemas que faciliten la información recíproca y la homogeneidad de las técnicas empleadas en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y de asegurar la cooperación entre las distintas administraciones así como la elaboración de los anteriormente citados Sistemas de Información del Sistema Nacional de Salud, de impulsar planes de salud y programas de calidad y de analizar el funcionamiento del sistema sanitario español en comparación con otros sistemas sanitarios.

Tanto la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión y Alta Inspección como la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud desarrollan un papel fundamental en el desempeño de estas tareas.

En el actual contexto de descentralización completa de las competencias sanitarias, en el que las Comunidades Autónomas determinan la forma en que organizan o prestan los servicios sanitarios, el papel del Ministerio de Sanidad y Política Social se ha orientado hacia las tareas de supervisión del Sistema Nacional de Salud y de diseño de las estrategias globales de equidad, calidad y eficiencia, actuando como un instrumento básico de cooperación que facilita las iniciativas regionales.

Las únicas competencias de gestión de la asistencia sanitaria que corresponden al Departamento se circunscriben al ámbito territorial de Ceuta y Melilla a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).



El Ministerio de Sanidad y Política Social es el responsable de la coordinación en materia de política farmacéutica y de financiación de los medicamentos, tarea que desempeña a través de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y de los procesos de evaluación y autorización de los medicamentos y productos sanitarios, competencia que desempeña a través de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Otras funciones básicas del Departamento corresponden al ámbito de la salud pública y sanidad exterior, la seguridad alimentaria y la política de protección y defensa de los consumidores. En el primer caso a través de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior, que lidera las actuaciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, incluyendo las relacionadas con la sanidad ambiental y salud laboral.

Estas acciones de prevención se completan con las realizadas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, que asume el papel de impulsor de las políticas de reducción de la demanda del consumo de drogas y de los programas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reducción de daños para la salud.

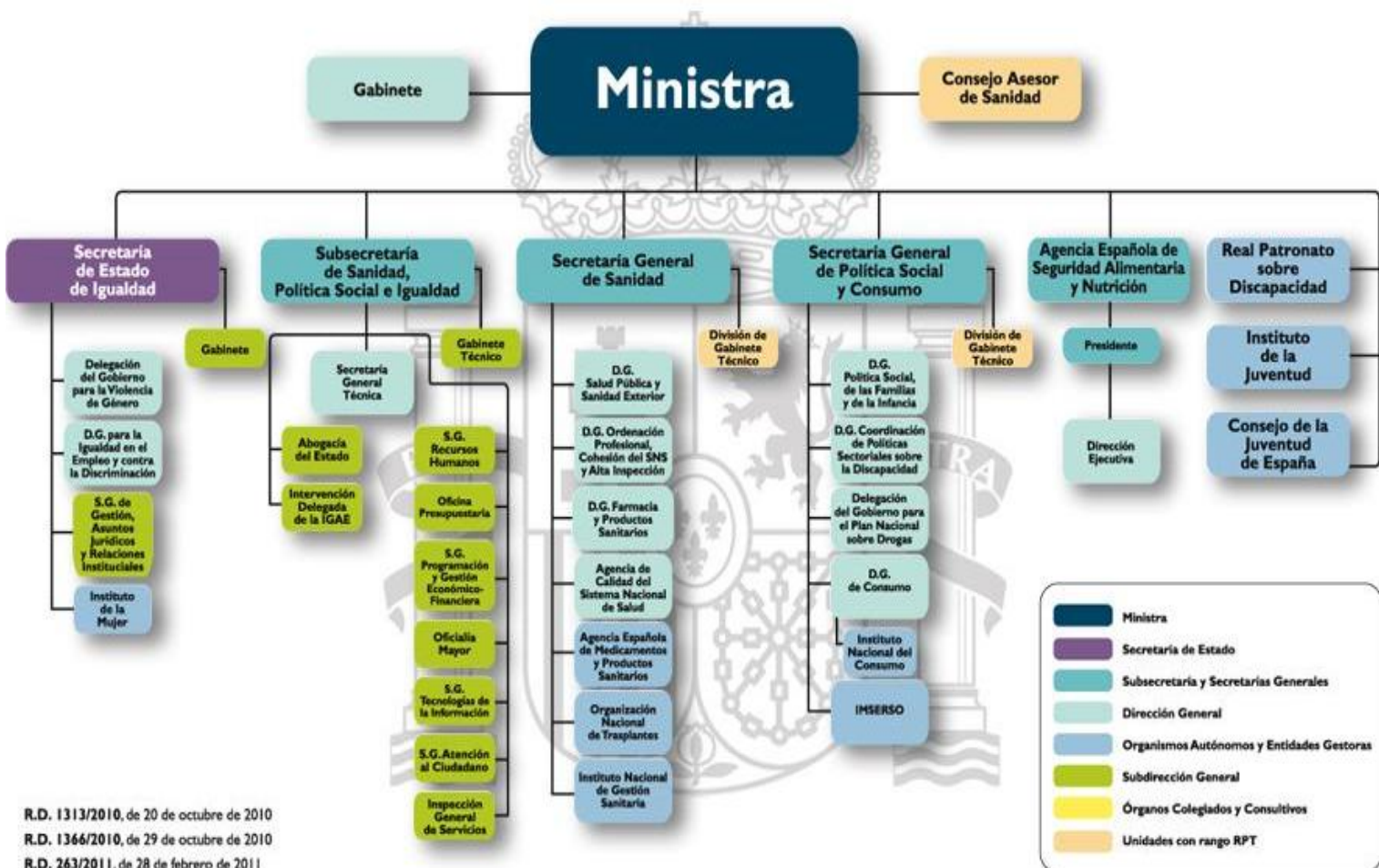
Por su parte, la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición es la responsable de garantizar el más alto grado de seguridad y de promover la salud de los ciudadanos en todo lo que respecta al consumo de alimentos.

El Ministerio ejerce un importante papel en la política de protección y defensa de los consumidores a través de la Dirección General de Consumo.

El Ministerio de Sanidad y Política Social participa en la toma de decisiones sobre las funciones del Instituto de Salud Carlos III relacionadas con Control Sanitario y Epidemiológico, Salud Ambiental, Escuela Nacional de Sanidad y Escuela

Nacional de Medicina del Trabajo, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y aquellas que guarden relación con el Sistema Nacional de Salud, a través de una Comisión Mixta junto con el Ministerio de Ciencia e Innovación para llevar a cabo la coordinación necesaria entre ambos ministerios.

Ilustración 7- Organigrama Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [www.msc.es](http://www.msc.es) (2012)

## **2.4 LA SANIDAD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA. GENERALITAT VALENCIANA. CONSELLERIA DE SANIDAD.**

- Marco Normativo:

- Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana.

- Decreto 5/2011, de 21 de junio, del president de la Generalitat por el que se determinan las consellerias en que se organiza la administración de la Generalitat.

- Decreto 75/2011, de 24 de junio, del Consell, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Presidencia y de las Consellerias de la Generalitat.

- Decreto 111/2011, de 2 de septiembre, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad y se modifica el Decreto 25/2005, de 4 de febrero, del Consell, por el que se aprueban los estatutos reguladores de la Agencia Valenciana de Salud.

- Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

- Ley 4/2005, de 17 de junio, de la Generalitat, de Salud Pública de la Comunitat Valenciana.

En lo que se refiere al Estatuto de Autonomía de la Comunitat Valenciana, es necesario en este contexto porque regula materias importantes para este apartado como por ejemplo en su Capítulo I, artículo 20, el cual se denomina “La Generalitat”, la cual está constituida por el conjunto de instituciones de autogobierno de la Comunitat Valenciana, forman parte de la Generalitat , les corts, el President y el Consell, a la vez que son también instituciones de la Generalitat la Sindicatura de Comptes, el Síndic de Greuges, el Consell Valencià de Cultura, l’ Acadèmia Valenciana de la Llengua, el Consell Jurídic Consultiu y el Comité Econòmic i Social.

Hablando de competencias de las comunidades autónomas, al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, todas las comunidades autónomas han asumido competencias en materia sanitaria.

Cada comunidad autónoma cuenta con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias.

En el caso de la Comunidad Valenciana, éstas competencias están reguladas en el citado Estatuto, concretamente en su título IV, como también sus relaciones con el Estado y otras Comunidades Autónomas en su Título V.

La asunción de competencias sanitarias por las comunidades autónomas aproxima la gestión sanitaria a los ciudadanos y garantiza:

### Ilustración 8- Competencias Sanitarias



Fuente: Portal de la Conselleria de Sanidad. [www.san.gva.es](http://www.san.gva.es) (2012)

El Decreto 5/2011, de 21 de junio, del president de la Generalitat, establece las consellerias en que se organiza la administración de la Generalitat, entre las que se encuentra la Conselleria de Sanidad, así como las distintas secretarías autonómicas que las integran.

El artículo 7 del citado decreto asigna a esta Conselleria las competencias en materia de sanidad y salud pública, esta conselleria dispondrá, como órgano superior, la Secretaría Autonómica de la Agencia Valenciana de Salud.

Resulta necesario un reglamento orgánico y funcional de la Conselleria de Sanidad, que, adaptado al nuevo organigrama diseñado, determine las funciones que se atribuyen a los órganos superiores y centros directivos que la componen, así como a las unidades administrativas que se adscriben a cada uno de ellos. Éste es el Decreto 111/2011, de 2 de septiembre, del

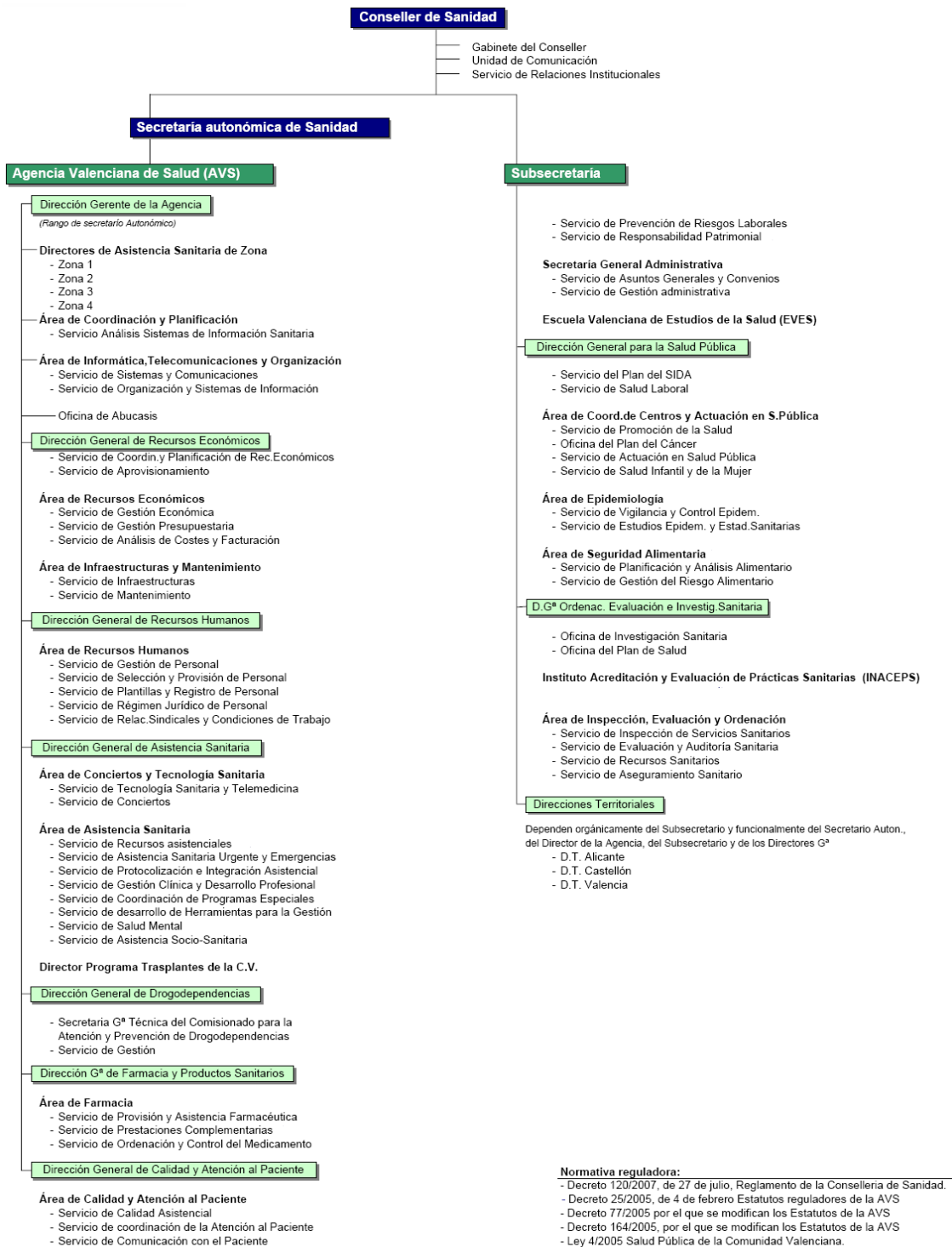
Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad. El cual contiene sus disposiciones, estructura y funciones de los órganos centrales de la Conselleria y su organización territorial.

Mediante la ley 3/2003 , de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana, se crea la Agencia Valenciana de Salud como un organismo autónomo, de carácter administrativo, de la Generalitat, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines, quedando adscrito a la conselleria competente en materia de Sanidad, sus fines, señalados por dicha ley, son la gestión y administración del sistema valenciano de salud y la prestación sanitaria de la Comunitat Valenciana.

En el caso de la ley 4/2005, de 17 de junio, de la Generalitat, de Salud Pública de la Comunitat Valenciana se produce una necesaria adaptación de sus recursos a los previstos en la Ley 3/2003, definiendo la cartera de servicios de salud pública con la finalidad de que exista un mínimo de productos y servicios que ofertar a la población.

Hablando de la Conselleria de Sanidad , es el departamento del Consell encargado de la dirección y ejecución de la política del mismo en materia de sanidad, ejerciendo las competencias atribuidas en materia de sanidad y salud pública que legalmente tiene atribuidas a estos efectos. En lo que a la organización del territorio se refiere, la Conselleria se organiza en servicios centrales y servicios periféricos y, funcionalmente, en órganos superiores del departamento, nivel directivo y nivel administrativo. Los servicios centrales extienden su competencia a todo el ámbito de la Comunitat Valenciana y las direcciones territoriales al respectivo ámbito provincial.

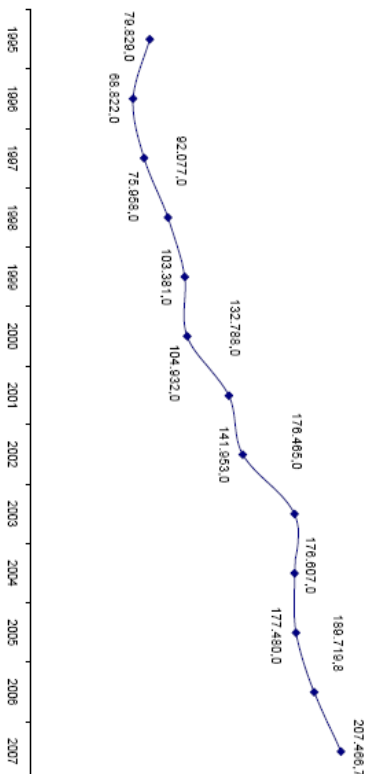
A continuación vamos a visualizar mediante el siguiente organigrama la composición de la Conselleria de Sanidad.



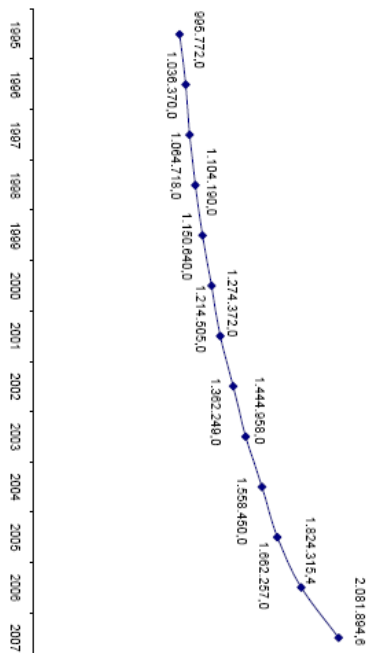
Fuente: Portal de la Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana ([www.san.gva.es](http://www.san.gva.es)) (2012)

Año	Cap I Gasto personal	% Var año anterior	% P Total	Cap II Gastos financiam.	% var año anterior	% P Total	Cap III Gastos financiam.	% var año anterior	% P Total	Cap IV Transferencias corrientes	% var año anterior	% P Total	Cap V Inversiones reales	% var año anterior	% P Total	Cap VI Transferen. de capital	% var año anterior	% P Total	Cap VII Activos financiam.	% var año anterior	% P Total	Total	% var año anterior
1995	965.772,0	50,0%	38,0%	380.930,0	19,5%	0,0%	504.286,0	25,5%	79.820,0	4,1%	3.459,0	-0,2%	1.823,0	-53,1%	0,1%	1.823,0	-53,1%	0,1%	1.823,0	-53,1%	0,1%	1.823,0	5,8%
1996	1.038.370,0	4,1%	48,7%	383.137,0	3,2%	18,6%	583.282,0	14,5%	29,6%	68.822,0	-13,8%	3,3%	1.823,0	24,0%	0,1%	2.013,0	24,0%	0,1%	2.013,0	24,0%	0,1%	2.211.985,0	6,2%
1997	1.094.718,0	2,7%	48,1%	412.400,0	4,9%	18,6%	656.900,0	12,0%	29,7%	75.988,0	10,4%	3,4%	2.013,0	21,2%	0,1%	2.013,0	21,2%	0,1%	2.013,0	21,2%	0,1%	2.304.718,0	4,2%
1998	1.104.190,0	3,7%	47,9%	420.874,0	2,1%	18,3%	678.088,0	3,2%	29,4%	92.077,0	21,2%	4,0%	2.013,0	367,4%	0,4%	9.409,0	367,4%	0,4%	9.409,0	367,4%	0,4%	2.488.109,0	7,7%
1999	1.150.840,0	4,2%	48,8%	460.442,0	9,4%	18,1%	733.555,0	9,2%	29,5%	103.381,0	12,3%	4,2%	10.081,0	7,2%	0,4%	10.081,0	7,2%	0,4%	10.081,0	7,2%	0,4%	2.681.109,0	8,0%
2000	1.214.505,0	5,6%	48,1%	502.286,0	9,1%	18,1%	798.080,0	8,8%	30,3%	104.932,0	1,5%	4,0%	10.432,0	1,5%	0,4%	10.432,0	1,5%	0,4%	10.432,0	1,5%	0,4%	2.793.032,0	6,1%
2001	1.274.372,0	4,9%	46,8%	543.049,0	8,1%	18,4%	830.887,0	4,1%	29,7%	830.887,0	4,1%	29,7%	132.788,0	26,5%	4,5%	11.899,0	14,2%	0,4%	11.899,0	14,2%	0,4%	2.974.039,0	10,1%
2002	1.392.249,0	9,3%	44,3%	683.950,0	22,3%	21,6%	897.089,0	8,9%	28,6%	897.089,0	8,9%	28,6%	141.958,0	9,9%	4,9%	18.503,0	68,2%	0,6%	18.503,0	68,2%	0,6%	3.074.039,0	10,1%
2003	1.444.858,0	6,1%	44,0%	688.013,0	5,1%	21,3%	944.626,0	6,5%	28,6%	944.626,0	6,5%	28,6%	176.465,0	24,3%	5,4%	20.434,0	10,4%	0,6%	20.434,0	10,4%	0,6%	3.284.585,0	6,5%
2004	1.558.450,0	7,9%	42,0%	666.273,0	33,3%	26,0%	986.644,0	4,4%	28,6%	986.644,0	4,4%	28,6%	176.807,0	0,1%	4,9%	20.180,0	28,0%	0,7%	20.180,0	28,0%	0,7%	3.713.284,0	13,1%
2005	1.682.257,0	8,7%	38,8%	1.188.252,0	23,1%	28,5%	1.101.492,0	11,8%	28,5%	1.101.492,0	11,8%	28,5%	177.480,0	0,5%	4,3%	34.479,0	31,8%	0,8%	34.479,0	31,8%	0,8%	4.169.985,0	12,1%
2006	1.824.315,4	8,7%	38,6%	1.348.674,7	13,5%	30,5%	1.216.617,2	10,4%	29,4%	1.216.617,2	10,4%	29,4%	189.716,9	9,4%	4,1%	31.168,7	-8,0%	0,7%	31.168,7	-8,0%	0,7%	4.809.383,7	10,7%
2007	2.081.894,6	14,1%	40,9%	1.654.102,2	15,2%	30,5%	1.229.287,9	1,1%	24,2%	1.229.287,9	1,1%	24,2%	207.467,7	9,4%	4,1%	17.225,1	-44,7%	0,3%	17.225,1	-44,7%	0,3%	5.089.985,5	10,4%
2008	2.321.783,6	11,5%	42,6%	1.601.165,7	3,3%	29,4%	20.000,0	-	0,4%	1.286.131,2	4,8%	23,5%	210.071,6	1,3%	3,9%	15.382,0	-10,7%	0,3%	15.382,0	-10,7%	0,3%	5.454.534,0	7,2%
Var 08-06	1.326.011,6			1.220.229,7			20.000,0			776.845,2			130.242,6			11.923,0			11.923,0			3.485.292,0	
Var 08-03	876.825,6			903.182,7			20.000,0			341.505,2			33.605,6			-6.052,0			-6.052,0			2.169.948,0	
Var 08-02	80,7			129,4			38,2			19,0			19,0			-24,7			-24,7			86,1	

Evolución de las inversiones (Cap VI)



Evolución del gasto en personal (Cap I)



A continuación podemos observar una evolución del presupuesto de gastos de la Conselleria de Sanidad desde el año 1995 hasta 2008.



Como órgano de especial relevancia en lo que a la sanidad en la Comunidad Valenciana se refiere, cabe desarrollar a la anteriormente citada, Agencia Valenciana de Salud, tratándose del eje de la organización de los servicios sanitarios públicos, se encuentra regulada en la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana, concretamente en su título V, Capítulo I.

La finalidad principal de esta Agencia, es coordinar todas las entidades administrativas con responsabilidades en el campo de la salud, fin que coincide plenamente con el atribuido por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, a los servicios de salud de obligatoria creación por las comunidades autónomas.

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.

Las entidades públicas constituidas a tal efecto y al amparo de la Ley 15/1997, de 25 de abril, serán dependientes de la Agencia Valenciana de Salud.

En este caso observamos la evolución que ha experimentado el presupuesto sanitario cuando cambia su estructura al crearse la Agencia Valenciana de Salud.

**Ilustración 9-Presupuesto Sanitario por programas y capítulos 2011**  
**PRESUPUESTO SANITARIO POR PROGRAMAS Y CAPÍTULOS 2011**

Programa	Departamento	Cap I Gastos personal	Cap II Gastos funcionam	Cap IV Transfer. corrie.	Operaciones corrientes	Cap VI Invers. reales	Cap VII Transfer. capital	Operaciones de capital	Total	% respecto al P Total
411.10	Dirección y Servicios generales	19.440,0	11.925,0	185,5	31.550,5	105,0		105,0	31.655,5	0,6
411.40	Escola Valenciana d'Estudis de la Salut	2.087,5	2.520,0	124,6	4.732,1	130,0		130,0	4.862,1	0,1
411.50	Ordenación, Evaluación e Investigación	10.557,1	5.093,0	8.692,5	24.342,6	18,2	196,0	214,2	24.556,8	0,4
412.10	Centros Integrados de Salud Pública	50.281,5	6.738,9		57.020,4	911,6		911,6	57.932,0	1,1
413.10	Salud	8.500,4	36.328,5	2.487,5	47.316,3	605,1	488,6	1.093,7	48.410,0	0,9
	<b>Subtotal Conselleria de Sanitat</b>	<b>90.866,5</b>	<b>62.605,4</b>	<b>11.490,1</b>	<b>164.961,9</b>	<b>1.769,9</b>	<b>684,6</b>	<b>2.454,5</b>	<b>167.416,4</b>	<b>3</b>
411.20	Administración Económico Financiera	3.842,8	409,2	32,7	4.284,7	12,0		12,0	4.296,7	0,1
411.30	Administración de Recursos Humanos	2.997,4	630,2	25,5	3.653,1	9,1		9,1	3.662,2	0,1
412.29	Información para la salud	2.261,6	22468,5	27,3	24.757,4	20.500,0		20.500,0	45.257,4	0,8
	<b>Subtotal Secretaría Autónoma de Sanidad</b>	<b>9.101,9</b>	<b>23.507,9</b>	<b>85,5</b>	<b>32.695,3</b>	<b>20.521,1</b>	<b>0,0</b>	<b>20.521,1</b>	<b>53.216,4</b>	<b>1</b>
313.20	Drogodependencias y otras adicciones	1.146,5	1.598,6	11.631,6	14.376,6	120,0	301,0	421,0	14.797,6	0,3
411.60	Análisis y Evaluación de la At. Paciente	1.230,0	794,5	1.633,9	3.658,4	9,1	10,6	19,7	3.678,1	0,1
412.22	Asistencia sanitaria	2.190.051,7	1.116.527,9	6.476,5	3.313.056,0	208.672,0	5.500,0	214.172,0	3.527.228,0	64,0
412.23	Prestaciones farmacéuticas	2.309,2	7.216,2	1.163.927,5	1.173.452,9	5,5		5,5	1.173.458,4	21,3
412.24	Prestaciones externas <sup>1</sup>		245.727,0	26.000,0	271.727,0			0,0	271.727,0	4,9
412.25	Admon y Servicios generales	4.799,2	799,2		5.598,4	13,7		13,7	5.612,1	0,1
412.26	Personal sanitario residente	99.150,1			99.150,1			0,0	99.150,1	1,8
412.27	Prestaciones externas complementarias <sup>2</sup>		91.809,0	31.130,5	122.939,5			0,0	122.939,5	2,2
412.28	Salud mental y Media y larga estancia	58.669,2	13.088,8	1.317,1	73.075,1	3.000,0		3.000,0	76.075,1	1,4
	<b>Subtotal Agencia Valenciana de Salud</b>	<b>2.357.355,9</b>	<b>1.477.561,1</b>	<b>1.242.117,1</b>	<b>5.077.034,1</b>	<b>211.820,3</b>	<b>5.811,6</b>	<b>217.631,8</b>	<b>5.294.665,9</b>	<b>95,7</b>
<b>Total</b>		<b>2.457.324,2</b>	<b>1.563.674,4</b>	<b>1.253.692,7</b>	<b>5.274.691,3</b>	<b>234.111,3</b>	<b>6.496,1</b>	<b>240.607,4</b>	<b>5.515.298,7</b>	<b>191,4</b>

<sup>1</sup> Plan de garantía de no demora, hemodiálisis, ambulancias, oxigenoterapia a domicilio, conciertos, etc...

<sup>2</sup> Ayudas a desplazamientos, ayudas para prótesis, reintegros de gasto por asistencia sanitaria.

Fuente: Portal de la Conselleria de Sanidad, Generalitat Valenciana (2012)  
([www.san.gva.es](http://www.san.gva.es))

**3. LOS SERVICIOS DE  
INSPECCIÓN DE LOS  
SERVICIOS SANITARIOS-  
SECCIÓN 10-02 VALENCIA**

## **3. LOS SERVICIOS DE INSPECCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS- SECCIÓN 10-02 VALENCIA.**

### ***3.1 INTRODUCCIÓN.***

En este capítulo se va a tratar el órgano objeto de estudio, los Servicios de Inspección de Servicios Sanitarios sección 10-02 de Valencia, haremos referencia al marco normativo que regula la actividad inspectora, conoceremos su estructura, indicaremos su organización y funciones así como el ejercicio diario dentro de ésta, teniendo en cuenta mi propia experiencia in situ y utilizaremos herramientas como el matriz DAFO para realizar el Diagnóstico Estratégico de la Inspección de Servicios Sanitarios objeto de estudio.

### ***3.2 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN.***

- Marco Normativo:
  - Decreto 56/2006, de 28 de abril, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Conselleria de Sanidad.
  - Decreto 111/2011, de 2 de septiembre, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad .
  - Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
  - Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.
  - Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión Y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

En este punto en el que el principal objeto de estudio son los Servicios de Inspección de Servicios Sanitarios, es el Decreto 56/2006, de 28 de abril, del Consell, el que regula los órganos encargados de las actuaciones Inspectoras, con el objetivo de asegurar una asistencia sanitaria de la más alta calidad científico-técnica, funcional y corporativa, en beneficio y como garantía de los derechos de los pacientes ; asistencia que requiere de una tutela adecuada, para cuyo logro, la Inspección de Servicios Sanitarios debe aportar su formación técnica y la plenitud de sus funciones para las que está especialmente cualificada.

Por lo tanto, la citada norma tiene por objeto regular la organización, funcionamiento, ámbito de actuación, funciones y competencias de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Conselleria de Sanidad.

En cuanto al Decreto 111/2011, de 2 de septiembre, del Consell, es en su artículo 28 en el que se encuentra regulado el Servicio de Inspección de Servicios Sanitarios, en el cual indica sus funciones pertinentes que más tarde indicaremos.

En la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, indica, en su artículo 30, que todos los centros sanitarios, así como las actividades de promoción y publicidad, estarán sometidas a la inspección.

La Ley 3/2003 , de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana, en su artículo 54, reguló los objetivos preferentes de las actuaciones de la Inspección de Servicios Sanitarios y establece la obligatoriedad de elaborar anualmente un Plan de Inspección donde se definan los programas de actuación preferenciales.

En el caso de la Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión Y Calidad del Sistema Nacional de Salud, estableció que, en su artículo 77, el Plan de Inspección Sanitaria, indicando que el Ministerio de Sanidad y Consumo presentará en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el Plan Anual de Actividades de la Alta Inspección, que incluirá

programas reglados de inspección, aplicando técnicas de auditoría eficaces y colaborando con los Servicios de Inspección de las Comunidades Autónomas.

Asimismo, establece que la Alta Inspección del Estado, establecerá mecanismos de coordinación y cooperación con los servicios de inspección de las Comunidades Autónomas, en especial, en lo referente a la coordinación de las actuaciones dirigidas a impedir o perseguir todas las formas de fraude, abuso, corrupción o desviación de las prestaciones o servicios sanitarios con cargo al sector público, cuando razones de interés general así lo aconsejen.

Sede: La Inspección de Servicios Sanitarios 10-02 de Valencia se encuentra en la calle Amadeo de Saboya,3 .46010 Valencia.

Estructura: Atendiendo a la estructura de la Inspección de Servicios Sanitarios, el Reglamento de Organización y funcionamiento de la Conselleria de Sanidad contemplará un órgano central de Inspección de Servicios Sanitarios, con el rango necesario para garantizar su independencia y el adecuado cumplimiento de la función que le otorga la legislación sanitaria y de Seguridad Social, cabe tener en cuenta que en cumplimiento de lo acordado por Les Corts, se configura la Inspección Sanitaria como una estructura única con la dependencia jerárquica que se establezca reglamentariamente, garantizando el mantenimiento de las funciones que le son propias y la independencia de sus actuaciones respecto de los órganos de gestión de los centros sanitarios, se adscribirán, con el rango necesario para el cumplimiento de sus funciones, a la jefatura de la Inspección de Servicios Sanitarios, las unidades que determine el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad.( Art. 43 de Decreto 56/2006)

La Inspección de Servicios Sanitarios en el ámbito territorial se configurará en las Jefaturas Territoriales de Inspección de Servicios Sanitarios, Jefaturas de Sección de Inspección de Servicios Sanitarios, Jefaturas de Unidad de Valoración Médica de Incapacidades e Inspección Farmacéutica, y con el nivel orgánico que se determine en el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Conselleria de Sanidad y la correspondiente relación de puestos de trabajo, dependiendo de las Jefaturas Territoriales de la Inspección de Servicios Sanitarios se adscribirán las Jefaturas de Unidad de Valoración Médica de Incapacidades y la Inspección Farmacéutica.

Cuando los requerimientos funcionales lo justifiquen, podrán existir, dependientes de las Jefaturas Territoriales de Inspección de Servicios Sanitarios, Jefaturas de Inspección de Área Sanitaria, cuyo ámbito de actuación será determinado por la Jefatura de la Inspección de Servicios Sanitarios, a las que se adscribirán las Secciones de Inspección de Servicios Sanitarios correspondientes.

Como también podrán existir Jefaturas de Inspección Farmacéutica, a las que se adscribiría la Inspección Farmacéutica de Servicios Sanitarios, cuyo ámbito de actuación será determinado por la Jefatura de la Inspección de Servicios Sanitarios.(Art. 44 del Decreto 56/2006)

Atendiendo a la Ordenación territorial de la Inspección de Servicios Sanitarios, la Jefatura Territorial de Inspección de Servicios Sanitarios constituye el órgano de dirección y coordinación de la Inspección de Servicios Sanitarios en el ámbito provincial, adscrito a la Dirección Territorial correspondiente.

Las Secciones de Inspección de Servicios Sanitarios y la Inspección Farmacéutica se constituyen sobre la base del principio de desconcentración de la administración Sanitaria. Se adecuarán en su ámbito de actuación a la demarcación territorial determinada por la Conselleria de Sanidad.

En cada Sección de Inspección de Servicios Sanitarios, existirá un jefe de Sección de Inspección de Servicios Sanitarios, que asumirá la dirección, coordinación y evaluación de las actividades realizadas por la Inspección de Servicios Sanitarios, con dependencia jerárquica del Jefe Territorial de Inspección.

Las secciones de Inspección de Servicios Sanitarios y la Inspección Farmacéutica contarán con el apoyo administrativo necesario.

Cada Dirección Territorial integrará las unidades especializadas de inspección que exijan sus necesidades, y organizará su funcionamiento sobre la base de equipos de inspección.

Su constitución y composición responderá a las circunstancias de cada dirección territorial, con el informe preceptivo favorable de la Jefatura de la Inspección de Servicios Sanitarios. Dependerán en su funcionamiento de las Jefaturas Territoriales de Inspección ( Art. 45 Decreto 56/2006).

Es interesante tener en cuenta los criterios de programación de servicios, en la aplicación de programas de actuaciones, las Jefaturas de Sección de Inspección de Servicios Sanitarios organizarán la programación interna de sus actividades, en función de su capacidad y medios disponibles, y en consideración a la trascendencia o repercusión sanitaria y social de los asuntos objeto de la actuación, según los objetivos señalados.

### ***3.3 ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES.***

Personal: Atendiendo al Personal de la Inspección de Servicios Sanitarios, éste está compuesto por Personal Sanitario y Personal Administrativo.

En el caso del Personal Sanitario, el perfil profesional de los/as Médicos/as Inspectores/as y Enfermeros/as Subinspectores/as de Servicios Sanitarios de la Conselleria de Sanidad, viene definido por su especialización en las siguientes materias, entre otras: inspección, acreditación, auditoría y



evaluación sanitarias, administración y organización sanitarias, economía de la salud, estadística y epidemiología, econometría, sistemas de información sanitarios, valoración médica del daño corporal. ( Art. 15.2 del Decreto 56/2006).

Los/as Médicos/as Inspectores/as y Enfermeros/as Subinspectores/as de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Conselleria de Sanidad tendrán, en el ejercicio de sus funciones, la condición de autoridad pública según lo establecido en la normativa vigente, igualmente, los/as Enfermeros/as Subinspectores/as de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Conselleria de Sanidad tendrán, en el ejercicio de sus funciones, la condición de agente de autoridad. A estos efectos, los /as Inspectores/as y Subinspectores/as de Servicios Sanitarios serán provistos/as de un documento oficial que acredite su condición, expedido por el órgano directivo de la Conselleria de Sanidad que tenga encomendadas las funciones de inspección.( Art. 19 Decreto 56/2006).

**El/ la Inspector/a Médico/a de Servicios Sanitarios**, en el ejercicio de sus funciones y en su ámbito de actuación, estará facultado/a para:

- Participar en la evaluación del Plan de Salud de la Comunitat Valenciana.
- Evaluar la organización y funcionamiento administrativo y sanitario de todos los servicios y dependencias de la Conselleria y centros sanitarios públicos y privados.
- Inspeccionar y evaluar los centros, servicios, unidades y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados.
- Inspeccionar los centros y servicios concertados con la Conselleria de Sanidad, de las condiciones establecidas en el concierto, así como aquellos aspectos de organización y funcionamiento que afecten a los objetivos establecidos en el mismo.

- Inspeccionar el proceso asistencial de las entidades colaboradoras de la Seguridad Social, así como la inspección y control de las instalaciones y servicios de éstas con relación a la asistencia sanitaria derivada de contingencias no profesionales.
- Evaluar el funcionamiento de las Comisiones Clínicas y, en especial, la de Docencia.
- Participar en la evaluación docente de los servicios asistenciales para la formación postgraduada, cuando esté debidamente acreditado.
- Inspeccionar y evaluar las actividades de investigación que se realicen en el sistema sanitario.
- Elaborar los informes preceptivos en los procedimientos de acreditación de centros y servicios sanitarios.
- Inspeccionar y controlar, con carácter sanitario, la prestación de Incapacidad Temporal, incluido el personal de la Generalitat.
- Ejercer las facultades y competencias atribuidas a la Inspección de Servicios Sanitarios en materia de Seguridad Social, especialmente los aspectos referidos a las prestaciones sanitarias y entidades colaboradoras.
- Investigar e informar de las actuaciones de las que pudieran derivarse responsabilidades individuales en el desarrollo de los procedimientos administrativos y del funcionamiento general de los servicios sanitarios.
- Realizar las actuaciones previas e instrucción de procedimientos disciplinarios en materias de su competencia.
- Realizar las actuaciones previas e instrucción de procedimientos sancionadores como consecuencia de actuaciones directas de la Inspección de Servicios Sanitarios.
- Inspeccionar las prestaciones sanitarias- incluidas la atención primaria, atención especializada, prestaciones farmacéuticas, prestaciones

complementarias y servicios de información y documentación sanitaria- del Sistema Nacional de Salud, así como aquellas relativas a los convenios internacionales.

- Inspeccionar y realizar el procedimiento de visado de prestaciones farmacéuticas y complementarias.

- Elaborar informes y propuestas en los expedientes de reintegros de gastos, ocasionados por asistencia sanitaria fuera del Sistema Nacional de Salud.

- Emitir los informes técnico- sanitarios en los expedientes de reclamaciones de responsabilidad patrimonial de la administración.

- Participar en la gestión de riesgos sanitarios.

- Desarrollar las actuaciones de valoración médica de incapacidades y, en especial, los aspectos referidos a reconocimientos e informes médicos previos, en los procedimientos en que así venga establecido.

- Inspeccionar y evaluar como garantía del cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes. Elaborar informes sobre las reclamaciones, quejas y sugerencias de los pacientes derivadas de la asistencia sanitaria prestada, de acuerdo con la normativa vigente.

- Participar en la formación e investigación en las materias propias de su competencia.

- Participar en los tribunales de selección de personal sanitario, facultativo y de enfermería.

- Formar parte de los tribunales de selección de personal Inspector y Subinspector de servicios sanitarios.

- Cualquier otra que venga establecida por disposiciones legales o reglamentarias, así como las que sean ordenadas por su superior en el ejercicio de sus atribuciones. ( Art.51 del Decreto 56/2006).

**El/la Inspector/a Farmacéutico/a de Servicios Sanitarios**, en el ejercicio de sus funciones, y preferentemente en aquellas materias relacionadas con la prestación farmacéutica o con estructuras o servicios de carácter farmacéutico podrá, y en su ámbito de actuación está facultado para:

- Participar en la evaluación del Plan de Salud de la Comunitat Valenciana.
- Evaluar la organización y funcionamiento administrativo y sanitario de todos los servicios y dependencias de la Conselleria y centros sanitarios públicos y privados.
- Inspeccionar y evaluar, los centros, servicios, unidades y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados.
- Inspeccionar los centros y servicios concertados con la Conselleria de Sanidad, de las condiciones establecidas en el concierto, así como aquellos aspectos de organización y funcionamiento que afecten a los objetivos establecidos en el mismo.
- Inspeccionar, en materia farmacéutica, el proceso asistencial de las entidades colaboradoras de la Seguridad Social, así como la inspección y control de las instalaciones y servicios de éstas en relación a la asistencia sanitaria derivada de contingencias no profesionales.
- Evaluar el funcionamiento de las Comisiones Clínicas y, en especial, la de Docencia.
- Participar en la evaluación docente de los servicios asistenciales para la formación postgraduada, cuando esté debidamente acreditado.
- Participar en la inspección y evaluación de las actividades de investigación que se realicen en el sistema sanitario.
- Elaborar los informes preceptivos en los procedimientos de acreditación de centros y servicios sanitarios.

- Ejercer las facultades y competencias atribuidas a la Inspección de Servicios Sanitarios en materia de Seguridad Social, especialmente los aspectos referidos a las prestaciones sanitarias y entidades colaboradoras.
- Investigar e informar de las actuaciones de las que pudieran derivarse responsabilidades individuales en el desarrollo de los procedimientos administrativos y del funcionamiento general de los servicios sanitarios.
- Realizar actuaciones previas e instrucción de procedimientos disciplinarios en materias de su competencia.
- Realizar actuaciones previas e instrucción de procedimientos sancionadores como consecuencia de actuaciones directas de la Inspección de Servicios Sanitarios.
- Inspeccionar las prestaciones sanitarias farmacéuticas y complementarias.
- Inspeccionar el procedimiento de visado de prestaciones farmacéuticas y complementarias.
- Elaborar informes y propuestas en los expedientes de reintegros de gastos, ocasionados por prestación farmacéutica fuera del Sistema Nacional de Salud.
- Emitir informes técnicos en los expedientes de reclamaciones de responsabilidad patrimonial de la administración, derivados de la prestación farmacéutica.
- Participar en la gestión de riesgos sanitarios en los aspectos relacionados con la prestación farmacéutica o materia de productos farmacéuticos.
- Realizar actuaciones y mantenimiento de las bases de datos de medicamentos (REME) y del GAIA, así como de cualquiera otra que en futuro se pudiese desarrollar.
- Inspeccionar y evaluar como garantía de cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes. Elaborar informes sobre las reclamaciones de los

pacientes derivadas de la prestación farmacéutica y dietética, de acuerdo con la normativa vigente.

- Participar en la formación e investigación en las materias propias de su competencia.
- Participar en los tribunales de selección de personal sanitario, facultativo y de enfermería.
- Formar parte de los tribunales de selección de personal Inspector y Subinspector de servicios sanitarios.
- Informar sobre la evolución de la prestación farmacéutica y sus indicadores cuali- cuantitativos.
- Participar en las comisiones y grupos de trabajo, asumiendo en determinados casos la Secretaría Técnica, a solicitud del órgano de gestión correspondiente.
- Cualquier otra que venga establecida por disposiciones legales o reglamentarias, así como las que sean ordenadas por su superior en el ejercicio de sus atribuciones.( Art. 52 Decreto 56/2006).

**El/ la Enfermero/a Subinspector/a de Servicios Sanitarios**, en el ejercicio de sus funciones, estará facultado/a para:

- Analizar y evaluar el funcionamiento de los programas de enfermería de atención primaria y especializada.
- Inspeccionar y evaluar los servicios asistenciales, en el ámbito de su competencia.
- Revisar, realizar el seguimiento y controlar los procesos de Incapacidad Temporal.

- Realizar el seguimiento de las prestaciones sanitarias farmacéuticas y complementarias. Supervisión y control del procedimiento de visado de las especialidades y productos que lo precisen.
- Elaborar los datos e indicadores necesarios para el informe mensual de actividad de la unidad a la que estén adscritos.
- Participar en los programas de investigación y actividad en los programas de formación, en las materias de su competencia.
- Elaborar los informes técnicos en aquellos procedimientos de responsabilidad patrimonial en que así se determine.
- Ejercer las actuaciones disciplinarias y sancionadoras, de acuerdo a la normativa vigente.
- Participar en la tutela de los derechos y deberes de los pacientes de los servicios sanitarios.
- Realizar las visitas domiciliarias que se consideren pertinentes para la consecución de los fines y tareas de la labor Inspectoral.
- Participar en los tribunales de selección de personal estatutario sanitario y personal estatutario de gestión y servicios.
- Formar parte de los tribunales de selección de personal Subinspector.
- Y en general, cualesquiera otra que venga determinada por la legislación y normativa vigentes, así como las que le fueren ordenadas por su superior, en el ejercicio de sus atribuciones.(Art. 53 Decreto 56/2006).

En lo que se refiere al personal administrativo, en este caso se trata de funcionarios, concretamente **Auxiliares de Gestión de Servicios Sanitarios**, puesto en el que realicé personalmente mis prácticas formativas, cuyas principales funciones son:

- Atender e informar a los ciudadanos – clientes.

- Manejar equipos y aplicaciones informáticas específicas de la Conselleria de Sanidad.
- Clasificar y archivar los documentos pertinentes.
- Participar en la ejecución y seguimiento de las tareas y procedimientos administrativos de trámite.
- Sigilo y secreto profesional.

Atendiendo a las funciones de la Inspección de Servicios Sanitarios, encontramos como **funciones generales:**

- Participar en la evaluación del Plan de Salud de la Comunitat Valenciana, así como de cualquier otro plan estratégico que se determine por las autoridades competentes.
- Comprobar el cumplimiento de los planes de actuación dictados por los órganos competentes, verificando los resultados obtenidos y las desviaciones que se hayan podido producir.
- Efectuar propuestas de modificaciones que se consideren oportunas en la estructura y funcionamiento de los servicios, como consecuencia del control efectuado.
- Proponer cuantas disposiciones normativas se consideren necesarias para un mejor desarrollo de las funciones encomendadas.
- Inspeccionar la calidad de la asistencia sanitaria y de sus prestaciones.

**Con relación a los centros y servicios sanitarios**, incluida la asistencia sanitaria que se preste en los mismos, serán funciones de la Inspección de Servicios Sanitarios:

- Inspeccionar y evaluar los centros, servicios, unidades y establecimientos sanitarios, tanto públicos como privados.



- Inspeccionar los centros y servicios concertados con la Conselleria de Sanidad, las condiciones establecidas en el concierto, así como aspectos de organización y funcionamiento.
- Participar en la elaboración de los pliegos de condiciones para los procedimientos de concertación entre la Conselleria de Sanidad y centros o servicios relacionados con la asistencia sanitaria.
- Inspeccionar el proceso asistencial de las entidades y empresas colaboradoras de la Seguridad Social, así como la inspección y control de las instalaciones y servicios de éstas en relación a la asistencia sanitaria derivada de contingencias no profesionales.
- Participar en las comisiones clínicas hospitalarias, cuando así lo proponga la dirección del centro correspondiente.
- Participar como vocal en representación de la Comunidad Autónoma , en las Comisiones de Docencia.
- Participar en la evaluación docente de centros sanitarios para la formación postgraduada, de acuerdo a las directrices del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Inspeccionar las actividades de investigación que se realicen en el sistema sanitario.
- Elaborar los informes preceptivos en los procedimientos de autorización y acreditación de centros y servicios sanitarios.

( Art. 4 Decreto 56/2006)

**En cuanto a lo derechos de los ciudadanos en el sistema sanitario** son funciones de la Inspección de Servicios Sanitarios:

- Inspeccionar y evaluar el sistema sanitario como garantía del cumplimiento de los derechos y deberes de los /as pacientes.

- Emitir informes sobre las reclamaciones, quejas y sugerencias interpuestas por los ciudadanos derivadas de la asistencia sanitaria prestada, cuando le sea solicitado por el órgano competente.

(Art. 5 Decreto 56/2006)

Relacionado con las Prestaciones del Sistema Nacional de Salud:

-Inspeccionar las prestaciones sanitarias- incluidas la atención primaria y especializada- del Sistema Nacional de Salud, así como aquellas relativas a los convenios internacionales.

- Inspeccionar las prestaciones farmacéuticas, así como efectuar el procedimiento de visado de las mismas.

- Inspeccionar las prestaciones complementarias, así como elaborar informes- propuestas en los expedientes de reintegro de gastos.

- Inspeccionar los servicios de información y documentación sanitaria.

(Art. 6 del Decreto 56/2006)

#### **En relación con las prestaciones del Sistema de Seguridad Social:**

- Inspeccionar y controlar sanitariamente la incapacidad temporal, incluido el personal de la Generalitat Valenciana.

- Valorar las reclamaciones de los pacientes en materia de incapacidad temporal, a través de las Comisiones Territoriales de Incapacidad Temporal.

- Ejercer las facultades y competencias atribuidas a la Inspección de Servicios Sanitarios en materia de Seguridad Social, especialmente los aspectos referidos a las prestaciones sanitarias y entidades colaboradoras.

- Participar efectuando el seguimiento y control de los acuerdos de colaboración en estas materias con el Instituto Nacional de la Seguridad Social / Instituto Social de la Marina y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y

Enfermedades profesionales de la Seguridad Social y empresas colaboradoras.

- Ejercer la dirección y coordinación de los sistemas de información relacionados con las actividades de la Inspección de Servicios Sanitarios, en especial las relacionadas con el control de la incapacidad temporal.
- Colaborar con los profesionales y equipos directivos de centros sanitarios en la evaluación, asesoramiento, información, control y formación, en la gestión de la incapacidad temporal y permanente.
- Efectuar la valoración de la capacidad funcional de los trabajadores en relación a su puesto de trabajo, emitiendo las propuestas que procedan de incapacidad permanente.
- Emitir informes de inspección a solicitud del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, con relación con los servicios sanitarios y recuperadores de las MATEPSS, así como los relativos a las empresas colaboradoras.
- Elaborar informes para el control de la prestación médico – farmacéutica para los servicios de prevención de riesgos laborales.
- Inspeccionar, evaluar y asesorar a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social y a las empresas colaboradoras en el ámbito de actuación de la Conselleria de Sanitat.
- Coordinar la gestión de la incapacidad temporal y permanente, con el Instituto Nacional de la Seguridad Social/ Instituto Social de la Marina.

( Art. 7 del Decreto 56/2006)

**En materia de responsabilidad sanitaria**, las funciones de la Inspección de Servicios Sanitarios son:

- Elaborar los informes técnico- sanitarios en los expedientes de reclamaciones de responsabilidad patrimonial de la Conselleria de Sanitat.

- Participar en el desarrollo de la política de gestión de riesgos sanitarios, la identificación, evaluación y tratamiento de los mismos, su implantación en los centros sanitarios y las actividades de formación e información de los profesionales.

- Participar en el diseño y evaluación del consentimiento informado, testamento vital y certificado de voluntades anticipadas de los pacientes como garantía de la asistencia sanitaria prestada.

(Art. 8 del Decreto 56/2006).

**En materia de responsabilidad administrativa** sus funciones son:

- Seguimiento y control de la organización y funcionamiento administrativo y sanitario de los servicios, centros y dependencias de la Conselleria, de la Agencia Valenciana de Salud y centros sanitarios públicos y privados.

- Investigar e informar las actuaciones de las que pudieran derivarse responsabilidades individuales en el desarrollo de los procedimientos administrativos y del funcionamiento general de los servicios sanitarios.

- Efectuar las actuaciones previas, propuesta de incoación e instrucción de procedimientos disciplinarios, en materia de su competencia.

- Efectuar las actuaciones previas, propuesta de iniciación e instrucción de procedimientos sancionadores que se deriven de actuaciones directas de la Inspección de Servicios Sanitarios

( Art. 9 del Decreto 56/2006)

En materia de valoración médica del daño corporal sus funciones son:

- Participar en la Comisión de valoración del daño corporal de la Conselleria de Sanitat.

- Efectuar las actuaciones de valoración médica de incapacidades, y en especial los aspectos referidos a reconocimientos e informes médicos previos, en los procedimientos en que así venga establecido.
- Formar parte de los Equipos de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social, en representación de la Conselleria de Sanitat.
- Emitir los informes preceptivos sobre solicitudes de reducción horaria, de cambio de puesto de trabajo, exención de guardias, así como cualquier otro que le encomiende la normativa vigente en esta materia.
- Formar parte de los tribunales de valoración médica de puestos de trabajo, de acuerdo a lo que se establezca en la normativa de aplicación.

( Art. 10 Decreto 56/2006)

#### **En materia de Inspección Farmacéutica:**

- Evaluar las actividades en materia de medicamentos y productos sanitarios.
- Inspeccionar y controlar la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, procesos administrativos, prescripción médica y servicios farmacéuticos públicos y concertados.
- Colaborar en la evaluación de los objetivos económicos y de calidad farmacológica en los centros sanitarios de la Conselleria de Sanitat.
- Informar sobre la oferta de productos farmacéuticos incluidos en la prestación farmacéutica de la Conselleria de Sanitat.
- Realizar inspecciones, auditorías y evaluaciones sobre prestación farmacéutica en los diferentes niveles asistenciales.
- Participar en la revisión y actualización de la normativa en materia de prestación farmacéutica.

- Inspeccionar y evaluar la utilización de medicamentos y productos sanitarios, con especial referencia al gasto farmacéutico. Estudios de utilización d medicamentos fármaco- económicos, seguimiento de los nuevos principios activos.
  - Participar en el mantenimiento y desarrollo del gestor de la prestación farmacéutica y de los sistemas de información farmacéutica. (GAIA y BADAME).
  - Colaborar en la promoción y asesoramiento del programa de uso racional del medicamento.
  - Asesorar técnicamente en la suscripción y seguimiento de los conciertos suscritos entre la Conselleria de Sanitat y cualquier otro organismo, en lo relativo a la prestación farmacéutica.
  - Asesorar en materia de procedimientos y actuaciones para una adecuada utilización de los recursos destinados a la prestación farmacéutica.
  - Realizar las actuaciones previas e instrucción de procedimientos disciplinarios, en materia de su competencia.
  - Realizar las actuaciones previas e instrucción de los procedimientos sancionadores que se deriven de actuaciones directas de la Inspección de Servicios Sanitarios.
- ( Art.11 del Decreto 56/2006).

**En materia de Sistemas de Información**, son funciones de la Inspección de Servicios Sanitarios:

- Participar en la evaluación de los sistemas de información, de acuerdo a lo previsto en la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana y en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

(Art. 12 del Decreto 56/2006)

Y para finalizar, otras funciones de la Inspección de Servicios Sanitarios son:

- Participar en la formación e investigación en materias propias de su competencia.
- Participar en los tribunales de selección de personal de Instituciones Sanitarias y de personal de la Inspección de Servicios Sanitarios.
- Coordinar la Oficina del Mapa Sanitario.

(Art. 13 del Decreto 56/2006).

**Ilustración 10- Inspección de Servicios Sanitarios**



Fuente: Portal de la Conselleria de Sanidad.(2012) [www.gva.es](http://www.gva.es)

### Plan Anual de Inspección:

La elaboración de un Plan de Inspección de Servicios Sanitarios, de acuerdo a lo previsto en la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana, constituye una herramienta fundamental para lograr la planificación reglada de las actividades a desarrollar por la Inspección de Servicios Sanitarios.

Se podrán establecer planes de inspección de servicios sanitarios con carácter plurianual, sin menoscabo de la existencia de planes de inspección anuales, en aplicación de lo previsto en el artículo 54 de la Ley 3/2003, de 6 de febrero de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana.

La actuación de la Inspección de Servicios Sanitarios tiene entre sus objetivos verificar el cumplimiento de las normas en la prestación sanitaria e impulsar la mejora de la calidad de la asistencia de los servicios y prestaciones incluidas en el sistema sanitario.

Para ello se precisan líneas de actuación diferenciadas y por programas, que posibiliten la inspección y evaluación de los servicios sanitarios públicos, concertados y privados, así como la tutela y control del resto de prestaciones y actividades que se llevan a cabo por la Conselleria de Sanidad.



El Plan de Inspección de Servicios Sanitarios contemplará los objetivos a conseguir por los diferentes programas de inspección así como las actividades a desarrollar para la consecución de los mismos, y establecerá un sistema de evaluación global, el Plan de Inspección de Servicios Sanitarios se elaborará por la Jefatura de Inspección de Servicios Sanitarios de la Conselleria de Sanidad.

En él se podrán incluir actuaciones específicas, a petición de los órganos directivos de la Conselleria, para evaluación y valoración de los servicios sanitarios objeto de su competencia.

Asimismo, los responsables territoriales de Inspección, propondrán la inclusión en el Plan de Inspección de Servicios Sanitarios aquellos objetivos singulares que afecten específicamente a su territorio de competencia. Los Jefes de Sección podrán elevar propuestas para su valoración y, en su caso, inclusión en el Plan.

Previo a su aprobación, se informará del Plan de Inspección de Servicios Sanitarios a la Inspección General de Servicios de la Generalitat, de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto 236/1997, de 9 de septiembre, del Consell.

El Plan de Inspección de Servicios Sanitarios será aprobado por el Conseller de Sanidad.

En el desarrollo del Plan de Inspección de Servicios Sanitarios, la distribución de actuaciones se realizará por la Jefatura de la Inspección de Servicios Sanitarios, de la Conselleria de Sanidad. Por los responsables de cada uno de los programas de Inspección incluidos en el Plan de Inspección de Servicios Sanitarios, se efectuará un seguimiento permanente y se emitirá informe sobre la evolución de cada programa con la periodicidad que se determine.

(Art. 34 del Decreto 56/2006).

Podemos observar como se estructura un Plan de Servicios Sanitarios, analizando la Resolución de 15 de febrero de 2011, del Conseller de Sanitat, por la que se aprueba el Plan Anual de Inspección de Servicios Sanitarios para el año 2011.

Se estructura en los siguientes epígrafes:

- Derechos de los ciudadanos en relación con el sistema sanitario.

- Inspección de normas de buena práctica clínica en ensayos clínicos.
- Inspección de buena práctica clínica en los comités éticos de investigación clínica.
- Inspección del cumplimiento del derecho del paciente a obtener copia de su historia clínica y de informes acreditativos del estado de salud.

- Centros y servicios sanitarios.

- Inspección de la prestación sanitaria y calidad asistencial en departamentos de salud gestionados mediante concesión administrativa.
- Inspección de la asistencia sanitaria en centros y servicios sanitarios concertados.
- Inspección de la asistencia sanitaria en centros y servicios sanitarios privados.
- Inspección en situaciones especiales que afecten a la asistencia sanitaria en centros y servicios sanitarios.
- Inspección en los procedimientos de autorización sanitaria de funcionamiento de centros y servicios sanitarios.
- Inspección de centros y servicios de transfusión.
- Inspección de servicios de urgencia hospitalaria.
- Inspección del funcionamiento de los establecimientos de tejidos.

- Inspección en materia de seguridad del paciente.

- Sistemas de Información.

- Auditoría de la calidad de la información en los sistemas de información de la Conselleria de Sanidad.

- Eficiencia en el uso de las prestaciones sanitarias.

- Inspección de la prestación sanitaria de diálisis domiciliaria.
- Inspección de procedimientos de reintegros de gastos por asistencia sanitaria.
- Inspección en materia de aseguramiento sanitario.

- Responsabilidad Sanitaria.

- Inspección en procedimientos administrativos disciplinarios y sancionadores.
- Inspección en procedimientos de responsabilidad patrimonial.
- Inspección y gestión en materia de valoración médica del daño corporal.

- Prestaciones de Seguridad Social.

- Inspección y gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal del personal de la Agencia Valenciana de Salud.
- Inspección y gestión sanitaria en procesos de Incapacidad Temporal de corta duración en población general.
- Inspección y gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal en facultativos máximos prescriptores y facultativos con mayor incidencia de prescripción, en población general.

- Inspección y gestión sanitaria para la adecuación de los procesos de Incapacidad Temporal a las duraciones estándar, en población general.
- Inspección y gestión sanitaria de informes y propuestas en procesos de Incapacidad Temporal, en población general.
- Inspección y gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal del personal de la administración del Consell.
- Inspección de casos clínicos derivados de los servicios de prevención de riesgos laborales de la Agencia Valenciana de Salud y la Administración de la Generalitat.

- Prestación Farmacéutica.

- Inspección de la calidad de la prescripción de medicamentos y productos sanitarios sometidos a visado de inspección electrónico.
- Inspección y análisis de la polifarmacia.
- Inspección de la adecuación de la prescripción a la guía GFAR en las patologías mas prevalentes.
- Inspección de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios y facturación de recetas oficiales.
- Inspección de la calidad de la prescripción y facturación de medicamentos y productos sanitarios en residencias de tercera edad.
- Inspección de la prescripción y dispensación de medicamentos susceptibles de uso ilícito.
- Inspección de la dispensación y facturación de recetas oficiales de medicamentos y productos sanitarios de otras Comunidades Autónomas.

- Inspección en casos de recetas oficiales robadas y falsificadas.

La existencia de un “Plan de Inspección de Servicios Sanitarios” supone una herramienta básica en la planificación de actividades que desarrolla la Inspección de Servicios Sanitarios.

Uno de sus principales objetivos es verificar el cumplimiento de las normas en la prestación sanitaria, así como promocionar la mejora de la calidad de la asistencia de los servicios y de las prestaciones incluidas en el sistema sanitario.

Para ello se precisan líneas de actuación diferenciadas, enmarcadas en áreas, que posibiliten la inspección y evaluación de los servicios sanitarios públicos, concertados y privados, así como la tutela y control del resto de prestaciones sanitarias ofrecidas por la Conselleria de Sanitat y la Agencia Valenciana de Salud.

Dichas líneas de actuación deben permitir la colaboración en la gestión adecuada de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social.

Concretamente, el Plan de Inspección de 2010 se compone de 7 áreas, la jefatura de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Conselleria de Sanitat será la responsable de realizar la distribución de las líneas de actuación en el desarrollo del “Plan de Inspección de Servicios Sanitarios 2010”.

La contribución del desarrollo de las áreas a la mejora continua de la calidad de nuestro sistema sanitario es indudable.

Las diferentes líneas de actuación van a permitir incrementar la efectividad y la eficiencia de la práctica médica, evaluar la calidad alcanzada en el campo de la gestión y dar respuesta al reto principal, proporcionar a los ciudadanos la mejor asistencia sanitaria posible.

Como recursos para llevar a cabo el Plan de Inspección cabe resaltar la importancia de implementar los recursos humanos y materiales necesarios que permitan optimizar la eficiencia del programa.

Asimismo, la ejecución de las actividades contempladas en los diferentes programas que configuran dicho plan, se encomienda a los Inspectores Médicos, Inspectores Farmacéuticos y Enfermeros Subinspectores de la Inspección de Servicios Sanitarios, así como el personal administrativo de apoyo.

**Ilustración 11- Plan de Inspección 2010 Areas**



Fuente: Plan de Inspección de Servicios Sanitarios (2010)

### Medios Informáticos:

Los medios informáticos de la Inspección de Servicios Sanitarios se encuentran regulados en el Artículo 18 del Decreto 56/2006 , de 28 de abril, del Consell.

La Jefatura de la Inspección de Servicios Sanitarios coordinará los recursos informáticos del sistema, que comprenderá los sistemas lógicos y físicos necesarios, así como las conexiones informáticas y el sistema de comunicaciones entre la precitada dirección y la organización territorial del sistema de inspección, a través del centro de referencia INTAI.

El tratamiento informático de la actividad del sistema de información de la Inspección de Servicios Sanitarios se realizará a partir de una única base de datos que garantice su homogeneidad y su explotación estadística, que recibirá los datos de todas las actuaciones inspectoras debidamente clasificados.

La base general de los datos del sistema de información de inspección y sus aplicaciones de explotación, radicará en un sistema centralizado determinado por la Jefatura de la Inspección de Servicios Sanitarios, a la que corresponderá su gestión, desarrollo y modificación.

Cada organización territorial accederá a los datos sobre materias de su competencia, pudiendo disponer las modificaciones de la base de datos y de las aplicaciones, en la forma que se acuerde.

Las actuaciones y comprobaciones Inspectoras podrán servirse de los medios informáticos, a cuyo fin dispondrán de acceso a los datos y antecedentes obrantes en la administración pública cuando tengan relevancia para la función Inspectoras, en la forma establecida en la legislación.

En particular, se tendrá pleno acceso a la documentación y sistemas de información sanitarios, de acuerdo a lo previsto en la normativa sanitaria vigente en cada momento.

Todas las actuaciones de la Inspección de Servicios Sanitarios se realizan con pleno respeto a lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y disposiciones de desarrollo.

En este apartado de medios informáticos es de vital importancia desarrollar el Sistema Informático de Gestión del Proceso Asistencial Sanitario, el **Sistema Abucasis II**.

### ***3.4.EL SISTEMA DE INFORMACIÓN ABUCASIS II:***

La Generalitat Valenciana ha sido pionera en la puesta en marcha de un buen número de proyectos directamente relacionados con las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), y uno de los más importantes ha venido de la mano de la Conselleria de Sanitat, el proyecto Abucasis II ha supuesto la unificación de las historias hospitalarias de los pacientes valencianos.

El Sistema Abucasis II es uno de los proyectos más ambiciosos de la Conselleria de Sanidad, es un sistema de gestión integral que supondrá la implantación de la historia clínica única por paciente en el ámbito ambulatorio, es decir, desde cualquier puesto asistencial de la red de atención ambulatoria, (tanto en los centros de salud y consultas externas de los hospitales, como en los centros de especialidades), como bien hemos indicado, el proyecto afecta a toda la organización, están implicados todos los niveles, desde la atención primaria a la especializada e incluso los servicios centrales y directivos de la Conselleria, así como las diversas secciones de servicios sanitarios de la Comunitat Valenciana.



Abucasis es una aplicación de la Conselleria de Sanitat hecha por informáticos, pero adaptada a las necesidades de los profesionales sanitarios y los propios pacientes. A través de Abucasis se pone la Sociedad de la Información al servicio del Sistema de Salud.

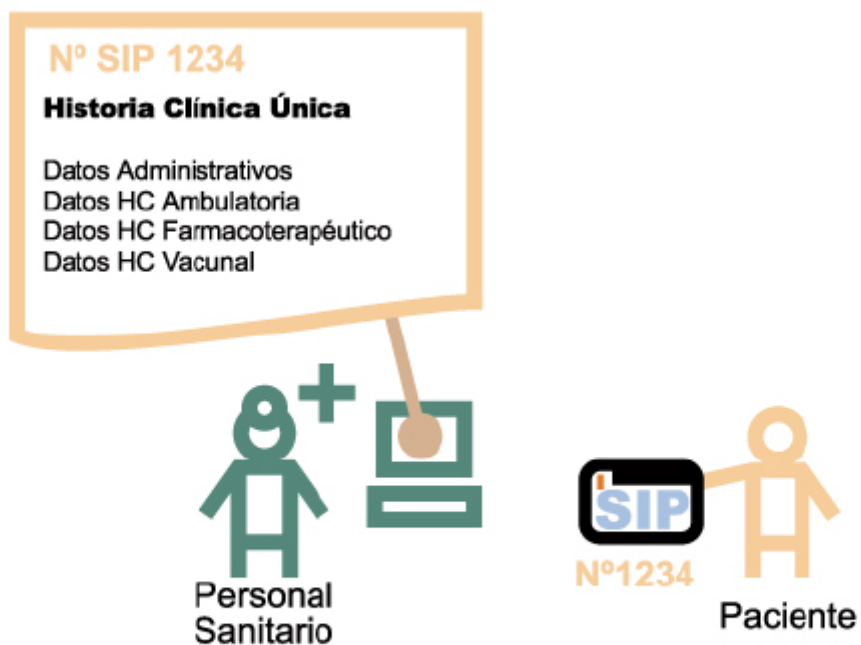
El sistema Abucasis II está basado en un servidor Web, donde están centralizadas las bases de datos con toda la información y a la que se puede acceder desde cualquier punto de la Comunidad Valenciana, con importantes medidas de seguridad para no menoscabar la confidencialidad de los datos del paciente. La Centralización de las bases de datos sanitarias anteriormente citadas, permite el acceso a la historia clínica informatizada y unificada para cada paciente, consultable desde cualquier punto sanitario de la Comunidad Valenciana por el personal responsable de la asistencia, convierte el modelo valenciano en referencia de los sistemas de comunicación sanitarios de nuestro país y lo situará con la capacidad suficiente para competir con los más desarrollados del territorio internacional inmediato.

Los antecedentes de este ambicioso proyecto hay que buscarlos en el año 2001, momento en el que, como señala Alfonso Jiménez Cantos, jefe del área de informática, telecomunicaciones y organización de la Conselleria de Sanitat, “se decide realizar un gran esfuerzo inversor en Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) con el ánimo de proveer a sus empleados de las mejores herramientas de trabajo y gestión, pero además se cuenta con un objetivo más ambicioso, dotar a la organización de los mejores medios para atender a los pacientes y ciudadanos, y el fruto de este esfuerzo es el proyecto Abucasis II”.

Entre los principales objetivos planteados por los máximos responsables del proyecto se encuentran:

- Contar con una historia clínica única de los pacientes en el ámbito ambulatorio como ya existía en los hospitales, e integrar diferentes aplicaciones y sistemas.
- Informatizar todos los centros de atención ambulatoria (primaria y consultas externas de hospitales).
- Que los profesionales sanitarios utilizaran la historia clínica única y prescribieran a través del sistema informático.
- Que en los mostradores de los centros se citara con el nuevo sistema informático, permitiendo incluso dar citas desde los centros de atención primaria a los de especialidades.
- Interrelación entre los niveles asistenciales. Con Abucasis, los profesionales sanitarios de la Comunidad Valenciana utilizan la misma historia del paciente.
- Este Sistema permite la Gestión del Proceso Asistencial Completo, es decir, permite el seguimiento de los problemas de salud a lo largo de la vida del paciente, independientemente del personal o el centro que le preste sus servicios (toda la información clínica y administrativa del paciente está disponible desde cualquier punto de la red asistencial pública).

## Ilustración 12- Historia Clínica Única



Fuente: Manuel Cervera Taulet. "Abucasis II Un proyecto Integrador".  
<http://www.socinfo.info/seminarios/sanidad/valencia.pdf>

Ilustración 13- Historia Única Independiente de los sistemas a los que accede



Fuente: Manuel Cervera Taulet. “Abucasis II Un proyecto Integrador”.

<http://www.socinfo.info/seminarios/sanidad/valencia.pdf>

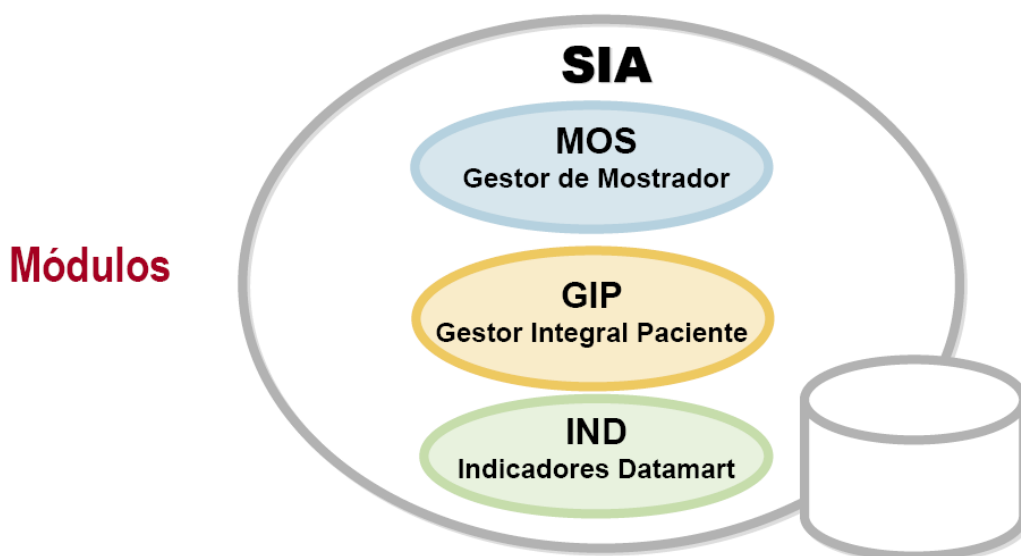
El Sistema de Información Abucasis II engloba los módulos de:

- Sistema de Información Ambulatoria (SIA)
- Sistema de Información de Prestación Farmacéutica (GAIA)
- Sistema de Catálogo de Recursos Corporativos (CRC)
- Sistema de Información Poblacional (SIP)

***Sistema de Información Ambulatoria (SIA)***

Se compone de tres módulos, MOS(Gestor de Mostrador), GIP(Gestión Integral Paciente) e IND(Indicadores Datamart).

Ilustración 14- Módulos



Fuente: Manuel Cervera Taulet. "Abucasis II Un proyecto Integrador".

<http://www.socinfo.info/seminarios/sanidad/valencia.pdf>

En el caso del **Módulo MOS** (mostrador):

Su función principal es la Gestión de Agendas y Citas, para ello dispone de la Agenda Mostrador, que se basa en la gestión de agendas parte del personal administrativo para facilitar el acceso de la población a las consultas de los diferentes profesionales sanitarios mediante cita previa.

Este módulo cubre tres aspectos funcionales:

- Configuración de agendas de los profesionales: médicos, enfermería, laboratorio, atención continuada, etc...
- Gestión de Agendas de los profesionales.
- Gestión de usuarios: Citación de pacientes tanto a centros de salud como a centros de atención especializada (Centros de Especialidades y Consultas Externas de Hospitales).

**Ilustración 15- Pantalla Modulo MOS**

The screenshot displays the MOS module interface. At the top, it shows the user 'Maria Luz Mahiques Llorca' at 'CAP DE FOIOS' on '19/11/2002' at '19:23:02'. The patient information for 'SANCHIS MERINO, CARLOS' is visible, including SIP, N.S.S., sex, age, address, and phone number.

The interface is divided into several sections:

- Solicitud:** Fields for 'Dia Inicial' (19/11/02), 'Urgente', 'Tipo de Agenda' (Consulta Médico Pediatra), 'Agenda' (Agenda del Dr Raul soria), 'Lugar' (Centro), 'Tipo Consulta' (Concertada), and 'Facturación Terceros' (Cargo S.S.).
- Calendario:** A calendar for 'Miércoles 20 de Noviembre' showing a 'Semana Propuesta' with slots for 09:00, 09:30, 10:00, and 10:30. A legend indicates availability for different professionals.
- Citas Pendientes:** A table listing pending appointments.

Fecha	Hora	Especialidad	Agenda
20/11/02	09:00	Consulta Médico Pediatra	Agenda del Dr R
20/11/02	09:30	Consulta Médico Pediatra	Agenda del Dr R

Buttons at the bottom include 'Imprimir', 'Reprogramar', 'Anular', 'Aceptar Cita', and 'Cancelar'.

Fuente: Manuel Cervera Taulet. "Abucasis II Un proyecto Integrador".

<http://www.socinfo.info/seminarios/sanidad/valencia.pdf>

En el caso del **Módulo GIP**(Gestión Integral de Pacientes):

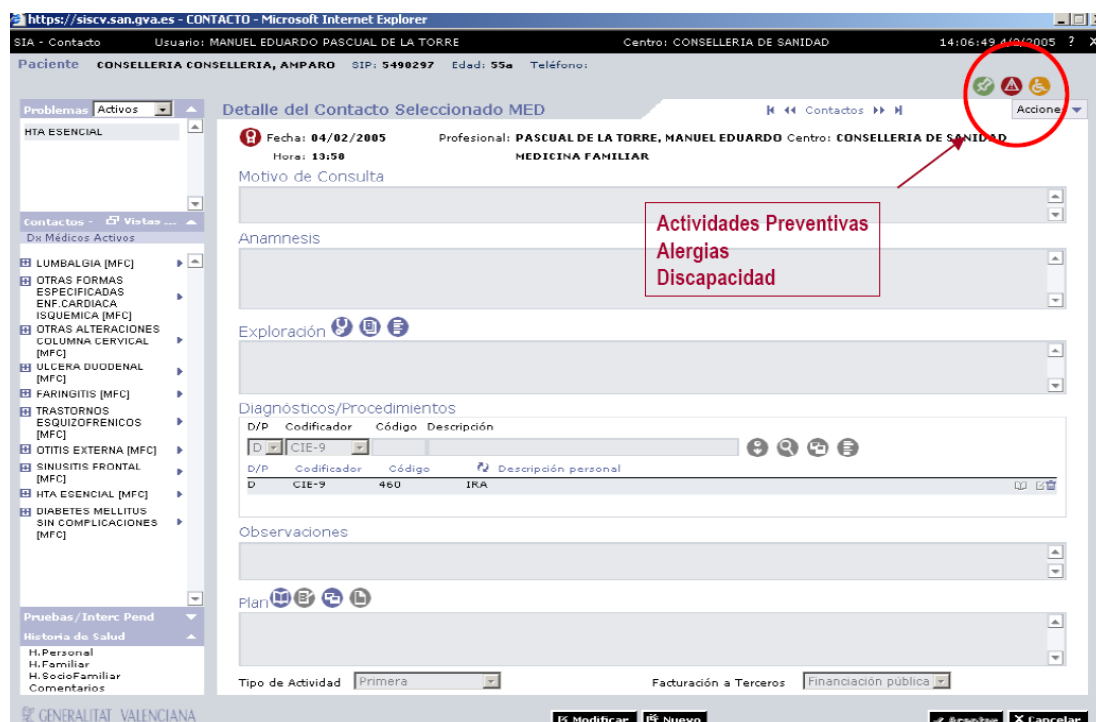
Permite dar respuesta a los problemas que tiene el personal sanitario en su consulta diaria, gestiona de forma integral todo el Proceso Asistencial de la atención primaria y de la atención especializada ambulatoria, la historia clínica de cualquier usuario se asocia a su número SIP lo que garantiza una historia única y unívoca en todo el ámbito asistencial de la Comunidad Valenciana, permite niveles de acceso diferentes a la información clínica del paciente en función del perfil del usuario (administrativo, médico, enfermería, inspector o trabajador social), del tipo de centro (atención primaria o especializada) y del centro concreto o especialidad del usuario.

Atendiendo a sus funcionalidades, éstas son:

- Prescripción asistida y consulta de historial farmacoterapéutico (GAIA).
- Citación concertada.
- Interconsultas.
- Hojas de seguimiento y monitorización de datos o pruebas.
- Gestión de solicitud de pruebas y almacenamiento de resultados.
- Exámenes de salud normalizados.
- Utilidades de ayuda al diagnóstico: tablas automatizadas.
- Recordatorios de actividades preventivas y de seguimiento.
- Historia de Salud Personal (alergias, antecedentes, hábitos tóxicos,...)
- Historia de Salud Familiar (antecedentes familiares)
- Historia de Salud Sociofamiliar.
- Acceso al sistema de información vacunal (RVN)
- Gestión de Incapacidad Temporal.

- Gestión e impresos de informes.
- Dietas y consejos.
- Alertas programadas.

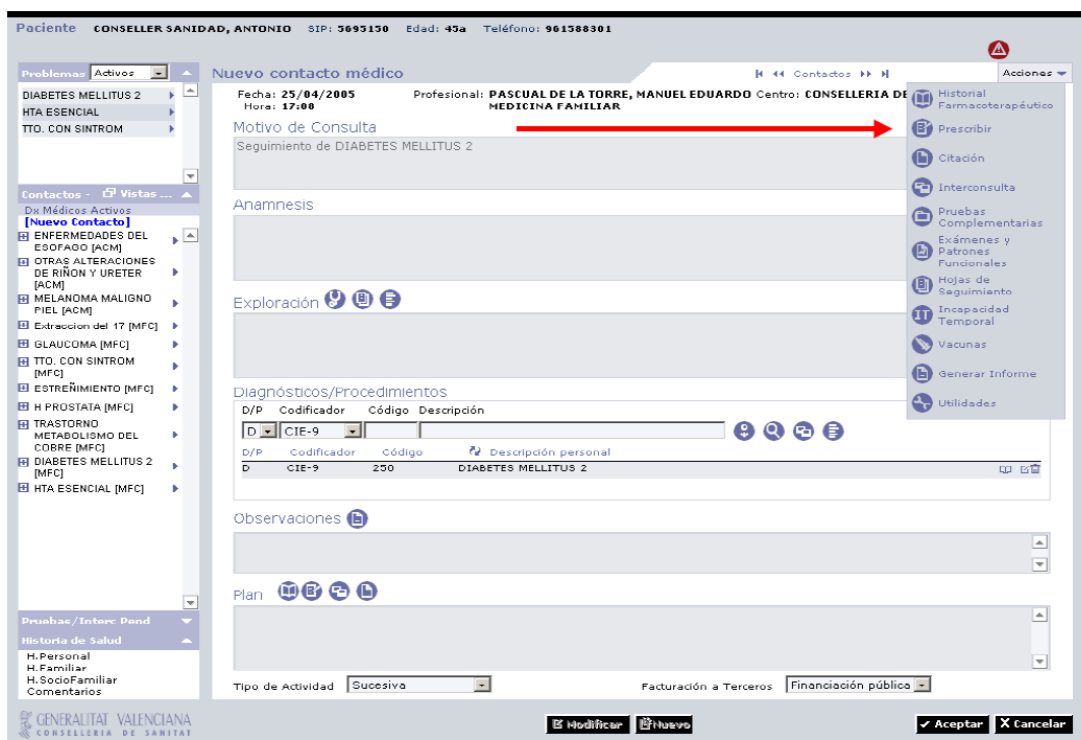
Ilustración 16- Pantallazo Módulo GIP



Fuente: Manuel Cervera Taulat. "Abucasis II Un proyecto Integrador".

<http://www.socinfo.info/seminarios/sanidad/valencia.pdf>





Fuente: Manuel Cervera Taulat. “Abucasis II Un proyecto Integrador”.  
<http://www.socinfo.info/seminarios/sanidad/valencia.pdf>

Y en el caso de los **Módulos IND** (Indicadores Datamart):

Como característica principal del sistema de Indicadores es que permite obtener los indicadores de gestión correspondientes a la actividad registrada en Abucasis II.

Existen dos tipos de consultas:

- Predefinidas: Indicadores ya conocidos que se solicitan al sistema con cierta periodicidad. Estas consultas se proporcionan ya construidas en el sistema.
- No Predefinidas: Indicadores no predefinidos sobre cualquiera de los datos existentes en el sistema. El usuario construye la consulta deseada.

Para dar soporte al sistema, se dispone de una **base de datos multidimensional** que es alimentada por unos procesos de carga que con una periodicidad dada extraen los datos necesarios de Abucasis.

Se pueden encontrar diferentes tipos de indicadores, entre los que se encuentran:

- Indicadores del Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria (SIGAP).

- Indicadores sanitarios

- Morbilidad
- Mortalidad
- Discapacidad

- Indicadores de la Cartera de Servicios (cobertura, seguimiento y resultado).

- Indicadores asistenciales.

Ilustración 17- Pantallazo Modulo IND

IND - Pagiprin      Usuario: Ricardo García Segura      Centro: CAP DE FOIOS      17:40:56 1/10/2003

### Morbilidad : Seleccionar tipo de Indicador

Prevalencia  
 Incidencia

Fórmula de Cálculo

Dx: CIE-9 401 HIPERTENSION ESENCIAL

Dx Comorbilidad: 0

Denominador: Población registrada

Edad (años): 0 a

Sexo: Ambos

---

### Parámetros de filtrado

Fechas  
Periodo: 01/2003

Ámbito:  Geográfico  Sanitario

Ámbito Sanitario

Dpto: N/A

Área: 4

Zona: 3

Centro: CAP DE FOIOS

Médico:

---

### Configuración del informe

Desglose

Dpto       Zona       Médico  
 Area       Centro

GENERALITAT VALENCIANA  
CONSELLERIA DE SANITAT

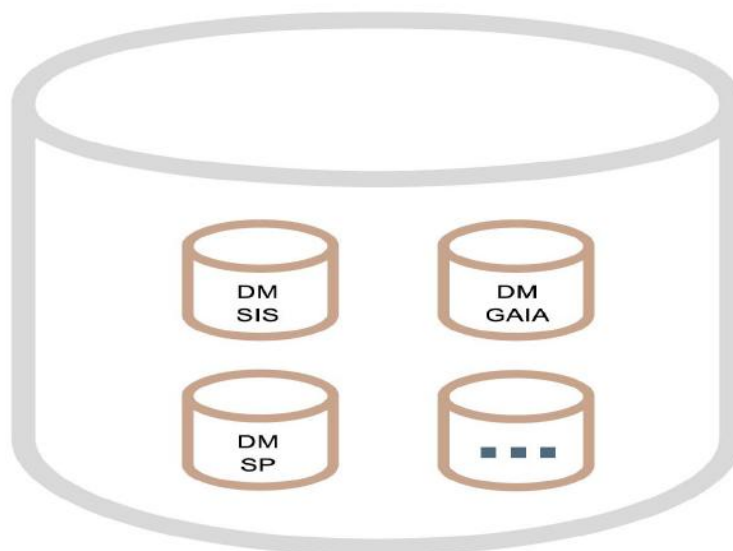
✓ Aceptar      ✗ Cancelar

Fuente: Manuel Cervera Taulet. "Abucasis II Un proyecto Integrador".  
<http://www.socinfo.info/seminarios/sanidad/valencia.pdf>

- Indicadores no asistenciales.

Ilustración 18-Data Warehouse Corporativo de la Conselleria de Sanitat

### Data Warehouse Corporativo de la Conselleria de Sanitat



Fuente: Manuel Cervera Taulet. "Abucasis II Un proyecto Integrador".  
<http://www.socinfo.info/seminarios/sanidad/valencia.pdf>

#### ***Sistema de Información de Prestación Farmacéutica (GAIA):***

Es una herramienta que facilita información a los diferentes agentes que intervienen en el ciclo de prescripción y dispensación de medicamentos para realizar su tarea profesional con la máxima eficiencia. Por su parte, la nueva receta informatizada...Con esta nueva receta, emitida a través del sistema GAIA desaparece la denominada " letra de médico" que podía inducir a

errores de interpretación, apareciendo una escritura impresa, legible y aportando importantes datos de identificación.

**e- Prescripción./ e- Receta:**

En el proyecto GAIA se gestiona la prescripción electrónica, pero se siguen emitiendo recetas al ciudadano.

Se ha incorporado la firma electrónica en dicha prescripción.

Dispensación electrónica en las oficinas de Farmacia: posibilidad de eliminar la receta en papel.

En este proceso tiene un papel muy importante la tarjeta SIP de la Comunidad Valenciana, que debe ser utilizada por el paciente en el centro de salud que lo identifica unívocamente, reduciendo el supuesto fraude que se pueda producir a cero.

En la receta aparece el número del paciente, su número SIP, la fecha de nacimiento, la prescripción emitida por el médico, la duración del tratamiento, la posología o forma de tomarlo, las instrucciones para el paciente que el médico considere convenientes.

### Ilustración 19- e-Receta

CONSELLERIA DE SANITAT Sistema Nacional de Salud MALALTIA COMUNA O ACCIDENT NO LABORAL ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL AMB APORTACIÓ CON APORTACIÓN

N. env. / PRESCRIPCIÓ / PRESCRIPCIÓN  
2 AMOXICILINA 1875 250MG 12 CAPSULAS

Durada tractament. Duración tratamiento: 10 dia(s)  
Posologia / Posología: 1 CAPSULA cada 8 horas durante 10 dias

Data d'emissió. Fecha de emisión: 10/11/2012

PACIENT (cognoms, nom, any naixement, mín. d'identificació) / PACIENTE (apellidos, nombre, año nacimiento, nº de identificación)  
LOPEZ MORAN, ENRIQUE  
2300  
33333333

METGE (dades d'identificació) / MÉDICO (datos de identificación)  
ROMERO ALFARO, EMILIO, 46/931015

DATA PRESCRIPCIÓ / FECHA PRESCRIPCIÓN  
19/01/2010

FARMÀCIA (dades d'identificació, data de concessió) / FARMACIA (datos de identificación, fecha concesión), Firma

Substitució / Sustitución

10019800000011

>Aquesta recepta caduca als DEU DIES de la data de prescripció.  
Esta receta caduca a los DIEZ DIAS de la fecha de prescripción.  
>No será válida con empujes o raspaduras.  
>El beneficiari pot retirar en qualsevol farmàcia els medicaments prescrits.  
El beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.

→ e-Receta

CONSELLERIA DE SANITAT Sistema Nacional de Salud MALALTIA COMUNA O ACCIDENT NO LABORAL ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL AMB APORTACIÓ CON APORTACIÓN

N. env. / PRESCRIPCIÓ / PRESCRIPCIÓN  
1 CLOPIDOGREL 75mg / 28 comprimidos

Durada tractament. Duración tratamiento: 28 dia(s)  
Posologia / Posología: 1 CAPSULA cada 24 horas durante 28 dias

Data d'emissió. Fecha de emisión: 23/02/2004

PACIENT (cognoms, nom, any naixement, mín. d'identificació) / PACIENTE (apellidos, nombre, año nacimiento, nº de identificación)  
BLASCO SOLIS, MARIA  
SIP:1111111  
F.Nac.:08/12/1878

METGE (dades d'identificació) / MÉDICO (datos de identificación)  
MÉXICO (dades de identificació) / MÉDICO (datos de identificación)  
46/931015  
ROMERO ALFARO, JOSE, EMILIO DE LA

DATA PRESCRIPCIÓ / FECHA PRESCRIPCIÓN  
23/02/2004

FARMÀCIA (dades d'identificació, data de concessió) / FARMACIA (datos de identificación, fecha concesión), Firma

CUPONS PRECINTE / CUPONES PRECINTO

Substitució / Sustitución

EO4000000211

>Aquesta recepta caduca als DEU DIES de la data de prescripció.  
Esta receta caduca a los DIEZ DIAS de la fecha de prescripción.  
>No será válida con empujes o raspaduras.  
>El beneficiari pot retirar en qualsevol farmàcia els medicaments prescrits.  
El beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.

Fuente: Manuel Cervera Taulat. "Abucasis II Un proyecto Integrador".

<http://www.socinfo.info/seminarios/sanidad/valencia.pdf>

### ***Sistema de Catálogo de Recursos Corporativos (CRC):***

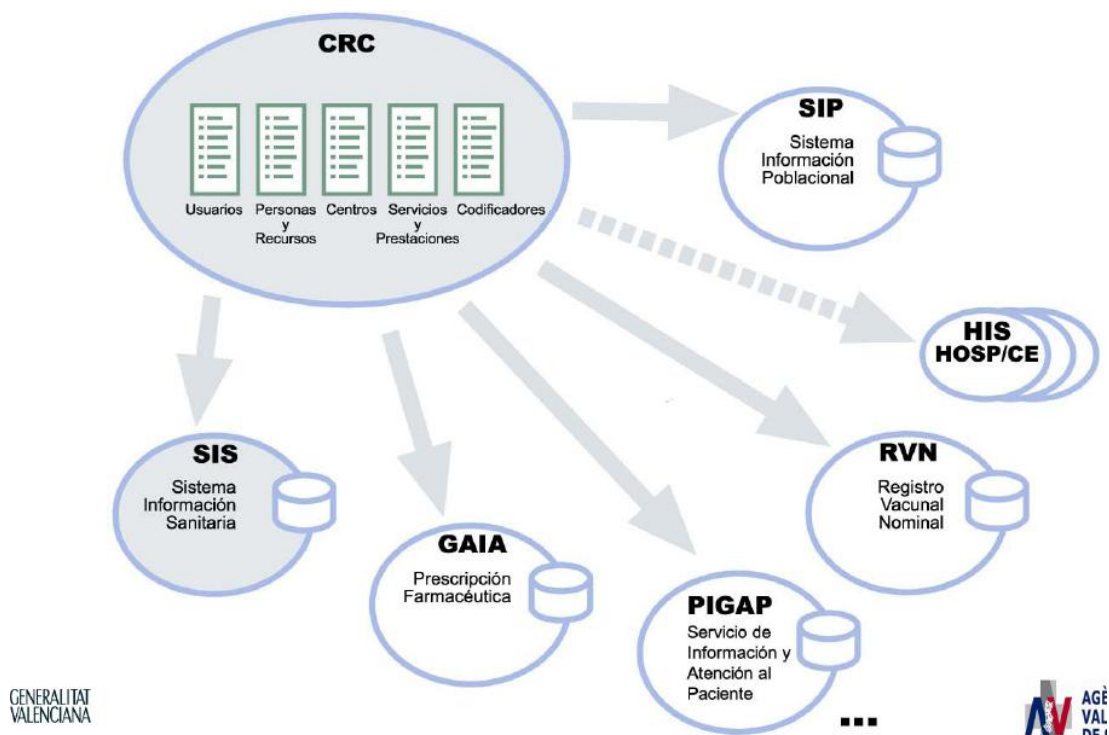
Está destinado a ser fuente de información de referencia relevante para el resto de sistemas de la conselleria , ya que se trata de una serie de tablas comunes de información que se utilizan en varios sistemas y de las que hay que asegurar su integridad y su unicidad. De otra forma, cada sistema implementaría sus propias tablas, dando lugar a posibles redundancias y duplicidades. Se trata de otro sistema en continuo crecimiento y evolución y se está convirtiendo en uno de los principales ejes vertebrados de los sistemas de información de la Conselleria de Sanitat.

Considerando como los principales factores que lo caracterizan:

- Catálogo centralizado de información de ámbito corporativo.
- Interpretación homogénea de la información en todos los sistemas.
- Información accesible on line para el resto de sistemas de información.

Y como ejemplos de entidades de información corporativas podemos destacar:

- Centros y servicios ofertados por centro.
- Cartera de servicios y servicios referenciados.
- Usuarios de aplicaciones, personas y recursos sanitarios.
- Codificadores (Diagnósticos, Mapa sanitario, Tablas auxiliares...)



Fuente: Manuel Cervera Taulet. "Abucasis II Un proyecto Integrador".  
<http://www.socinfo.info/seminarios/sanidad/valencia.pdf>

### **Sistema de Información Poblacional (SIP):**

Se trata de un registro administrativo corporativo que reúne los datos de identificación, localización, acreditación de prestaciones sanitarias y de relación de todos los ciudadanos valencianos con los servicios de salud.

El SIP será de aplicación para todos los ciudadanos que tengan, o adquieran, vecindad administrativa en cualquier municipio de la Comunidad Valenciana. Como documento acreditativo del derecho a la protección de la salud de los ciudadanos residentes en la Comunidad Valenciana se habilita la Tarjeta Sanitaria.

La identificación única e individual de cada ciudadano valenciano mediante el SIP, justifica la necesidad de la inclusión del número SIP en todos los documentos normalizados y registros automatizados de la Conselleria.



Esta actuación nos permitirá conocer de forma completa e integrada la atención sanitaria que le prestamos a cada ciudadano, al poder unir todos sus datos sanitarios disponibles, independientemente del nivel asistencial, servicio o unidad sanitaria que se los haya dispensado.

Se establece la obligatoriedad de incluir el número SIP en todos:

- Los documentos que constituyen el registro de actividades clínicas de los servicios asistenciales y que requieran la identificación del paciente:

- Historias clínicas, incluyendo a todos los documentos normalizados que se integran en la misma.
- Conjunto mínimo básico de datos (CMBD).
- Documentos de demanda de asistencia.
- Derivaciones entre los distintos niveles asistenciales.
- Consentimientos informados.

- Programas de salud.

- Recetas oficiales de farmacia y documentos de solicitud de prestaciones sanitarias complementarias.

Ilustración 20- SIP



Fuente: Manuel Cervera Taulat. “Abucasis II Un proyecto Integrador”.  
<http://www.socinfo.info/seminarios/sanidad/valencia.pdf>

Cabe destacar la gran importancia que cobra dentro del Sistema de Información Abucasis el **Proyecto CATS – Centro de Atención Telefónica Sanitaria**.

Para asegurar el despliegue efectivo del Proyecto Abucasis y su nueva tecnología era necesario ofrecer a los usuarios profesionales sanitarios un servicio de soporte telefónico de calidad.

Este centro, en producción desde enero de 2004, proporciona soporte a 2.500 usuarios en la actualidad y en un futuro alcanzará los 10.000.

La cartera de servicios del centro incluye soporte técnico y funcional de doce aplicativos, gestionando todas las incidencias relacionadas con sistemas y equipamiento cliente. Adicionalmente garantiza la solidez de las nuevas

versiones antes de su despliegue en producción, realizando las pruebas funcionales en los distintos entornos previos a producción.

### **3.5. EL EJERCICIO DIARIO DE LAS FUNCIONES DE LA SECCIÓN DE INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS 10-02 DE VALENCIA**

Desde mi propia experiencia in situ como becaria en la realización de prácticas en la Sección de Inspección de Servicios Sanitarios 10-02 de Valencia, realizaremos un análisis de las actividades fundamentales en la anteriormente citada área.

El ejercicio diario de las funciones de la citada Sección de Inspección se puede dividir en cuatro grandes bloques.

En la **PRIMERA ÁREA** podemos situar el Control de la Incapacidad Temporal.

La Incapacidad Temporal es la situación en la que se encuentra el trabajador por verse imposibilitado para el desempeño de su trabajo habitual, a cuyo efecto el médico requerirá al trabajador los datos necesarios que contribuyan a precisar la patología objeto de diagnóstico.

La duración máxima de la incapacidad temporal es de doce meses, pudiéndose prorrogar por otros seis meses más.

Durante el tiempo que dure la situación de Incapacidad Temporal, el trabajador tiene la obligación de acudir a las citaciones del profesional médico que le extendió la baja, el médico de familia, la Inspección Médica, los facultativos del INSS o los facultativos de la mutua.

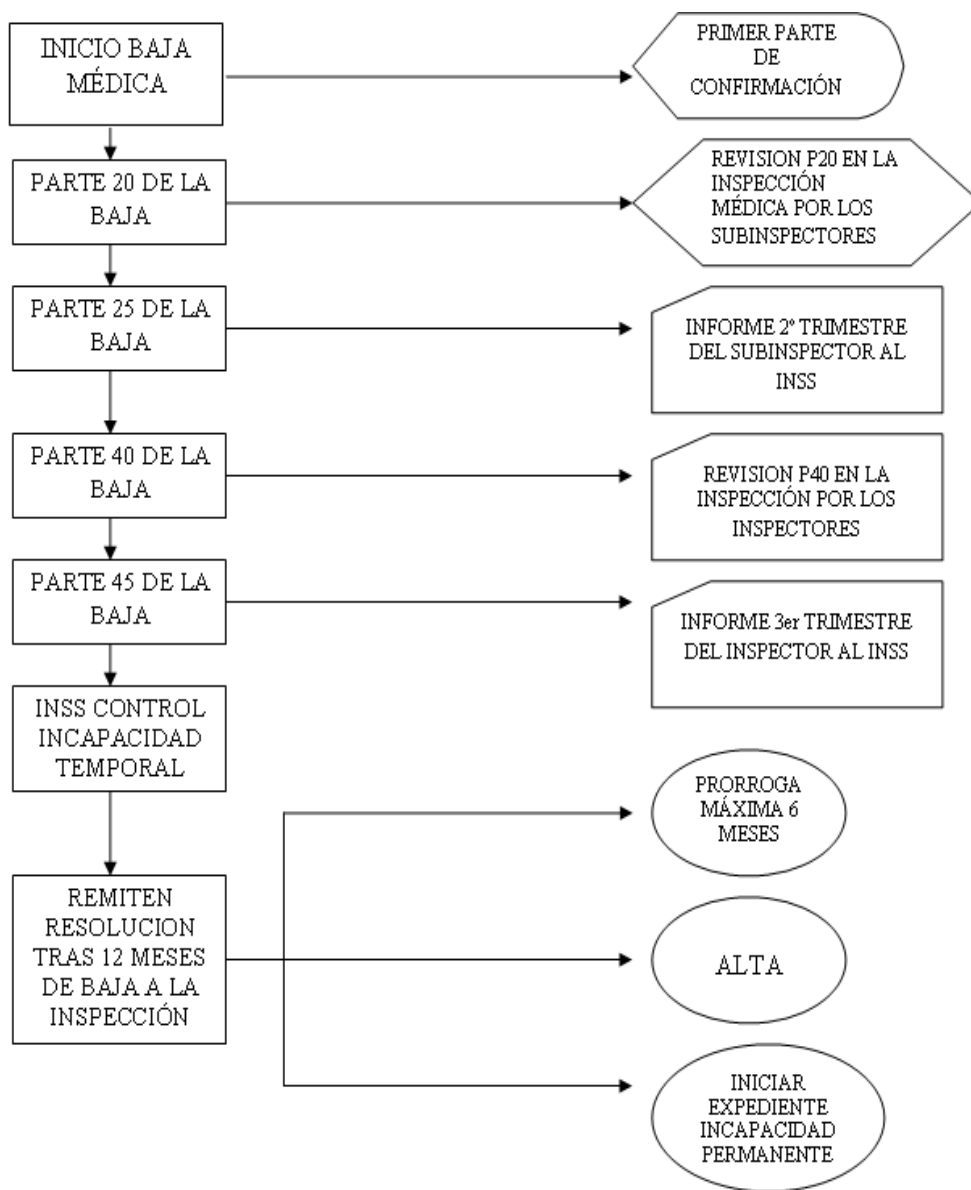
Las causas del alta de la Incapacidad temporal pueden ser:

- Curación

- Fallecimiento
- Inspección Médica
- Propuesta de Invalidez
- Agotamiento del Plazo

Las funciones de este bloque adheridas a la Incapacidad Temporal consisten en:

1. Elaborar la Agenda
2. Escanear los partes
3. Remisión de informes trimestrales
4. Resoluciones del INSS
5. Propuestas de las Mutuas
6. Tramitación de Propuesta de Alta por Incomparecencia



Fuente: Elaboración propia.(2012)

## 1. Elaborar la agenda:

Los asegurados en situación de Incapacidad Temporal serán remitidos a la Inspección de Servicios Sanitarios correspondiente en los partes de confirmación veinte y cuarenta e irán acompañados de un informe médico que justifique clínicamente su incapacidad, solicitando el asegurado cita previa con el Inspector o Subinspector.

Tal solicitud del asegurado se realizará, bien telefónicamente o personándose en la Inspección Médica.

La Agenda de la Incapacidad Temporal se divide en:

- Consulta de los Inspectores – Parte 40
- Consulta de los Subinspectores –Parte 20
- Urgente –Para recoger los informes que piden los Inspectores y Subinspectores a los pacientes.

Para proceder a la elaboración de la Agenda se busca hueco en la consulta activa siguiendo los siguientes pasos:

En primer lugar se comprueba en WINTAI los datos personales, se toma el nombre del paciente y el correspondiente número de la Seguridad Social y se anota en la Agenda, en el primer hueco libre que aparece.

En segundo lugar, cuando se nos ha generado el documento en el programa Agenda 05 se imprimen las hojas, se miran las actuaciones anotadas en el historial del paciente y se busca en el archivo si tiene una Carpeta con su nombre y documentación y si no está la carpeta entonces es que es la primera vez que se le cita en la citada inspección y se procede a realizarle una carpeta nueva al paciente en cuestión.

Por último, cuando ya se han realizado los procedimientos anteriores con todos los pacientes, con la relación de pacientes citados para un día

concreto se procede a la búsqueda en el archivo de la carpeta de cada paciente citado para ese día, con el fin de preparar toda la documentación existente de cada paciente para que pueda ser estudiada y tenida en cuenta por el Médico Inspector o Enfermero Subinspector a la hora de la consulta.

Cabe resaltar la utilización del Sistema de Información SIA REAL a la hora de proceder a la citación, como ya hemos explicado en apartados anteriores en el Sistema de Información Ambulatoria(SIA), concretamente en el Módulo MOS (Mostrador), es en el módulo que se elaborará la gestión de Agendas y citas, el citado Módulo MOS cubre tres aspectos funcionales.

- 1) Configuración de la Agenda de los profesionales
- 2) Gestión de la Agenda de los profesionales
- 3) Gestión de Usuarios

SIS - GesCit      Usuario: María Luz Mahiques Llorca      Centro: CAP DE FOIOS      20/11/2002      13:54:27

BLASCO SOLIS, MARIA    SIP: 1111111    N.SS: 46/56276536/87    F.Nacimiento: 01/01/1970  
 Sexo: M    Edad: 32a    Domicilio: COLON 5    Teléfono: 963394000

**Solicitud**      A. Primaria      A. Especializada

Día inicial: 20/11/02    Hora inicial: [ ] [ ]

Especialidad: OTORRINOLARING.  
 Centro: HOSPITAL LA FE. HOSPITAL  
 Médico: [ ]  
 Prioridad: Ordinaria

Encontrar hueco

**Calendario Propuesto**      Mostrar Hueco

Noviembre 2002    Noviembre    2002

L	M	X	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

■ Día Ofertado

Hueco Disponible  
**Jueves 21 de Noviembre 2002**  
**09:00 horas**  
**AGENDA DE OTORRINOLA**

Siguiente Hueco

**Citas Pendientes**      Otra Especialidad      OTORRINOLARING.

HOSPITAL LA FE. HOSPITAL

Fecha	Hora	Servicio	Agenda	Médico	Espec.	Local
21-11-02	08:30		AGENDA DE OTORRINOLA		OTO	SALA PIMIENTA
21-11-02	09:00		AGENDA DE OTORRINOLA		OTO	SALA PIMIENTA

Anular Cita

Imprimir    Reprogramar    Anular

Aceptar Cita    Cancelar

Fuente: Manuel Cervera Taulet. "Abucasis II Un proyecto Integrador".  
<http://www.socinfo.info/seminarios/sanidad/valencia.pdf>

En lo que a mi experiencia se refiere, considero que la citación y la elaboración de la Agenda mediante el Módulo MOS del Sistema de Información Ambulatoria (SIA), es más eficaz y eficiente porque contempla la citación tanto en el ámbito de la Atención Primaria como el de la Especializada, a través de la Agenda Electrónica

## 2. Escanear los partes

Cuando la Incapacidad Temporal deriva de Enfermedades Comunes o Accidentes laborales aparecen tres tipos de partes:

- Parte Médico de Baja



- Parte de Confirmación

- Parte de Alta Médica

En el caso del Parte Médico de Baja es el acto que origina la iniciación de las actuaciones conducentes a la declaración o denegación del derecho al subsidio. Todo parte médico de baja irá precedido de un reconocimiento médico del trabajador que permita la determinación objetiva de la incapacidad temporal para el trabajo habitual, a cuyo efecto el médico requerirá al trabajador los datos necesarios que contribuyan a precisar la patología objeto de diagnóstico.

El Parte de Confirmación se extenderá al cuarto día del inicio de la situación de incapacidad y, sucesivamente, mientras la misma se mantenga, cada siete días contados a partir del primer parte de confirmación, en el caso de que la incapacidad derive de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, el parte de confirmación de la baja se extenderá a los siete días naturales siguientes al inicio de la incapacidad y, sucesivamente, cada siete días, a partir del primer parte de confirmación.

El tercer y cuarto parte de confirmación de la baja irán acompañados de un informe médico.

Y por último el Parte de Alta Médica se extenderá, tras el reconocimiento del trabajador, por el correspondiente facultativo del Servicio Público de Salud. En todo caso, deberán contener el resultado de dicho reconocimiento y la causa del alta médica. Asimismo, los partes de alta médica, podrán también ser extendidos por el facultativo adscrito al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Los partes llegan a la Inspección de Servicios Sanitarios a través de la Valija divididos en centros de salud, y también a través del correo ordinario mediante el cual se reciben partes de alta y baja procedentes del Sistema de Prevención de Riesgos Laborales.

Posteriormente, se procede al escaneo de los partes para enviarlos al Centro de Salud correspondiente, para el envío de los partes, así como de cualquier documento fuera de la Inspección de Servicios Sanitarios es necesario dar Registro de Salida, el cual se efectúa mediante el programa REGISTRO 05.

### 3. Remisión de informes trimestrales

Trimestralmente, a contar desde la fecha de inicio de la baja médica, la inspección médica del Servicio Público de Salud, expedirá un informe de control de la incapacidad en el que deberá pronunciarse expresamente sobre todos los extremos que justifiquen, desde el punto de vista médico, la necesidad de mantener el proceso de incapacidad del trabajador.

Los enfermeros Subinspectores y los médicos Inspectores realizan estos informes, en el caso de los enfermeros Subinspectores en el parte 20 y en el caso de los médicos Inspectores en el parte 40, dichos informes se realizan tras la consulta con el paciente en el control de la Incapacidad Temporal, dichos informes, tanto los médicos inspectores como los enfermeros subinspectores dejan los informes en dos gavetas distintas dependiendo de si se trata del parte 20 o el parte 40, para que más tarde, no de lugar a confusión a la hora de remitirlos al Equipo de Valoración de la Incapacidad(EVI), cuando enviamos los informes al EVI también es necesario registrarlo en el REGISTRO 05, como salida, como bien hemos indicado antes, todo documento que entra o sale de la Inspección de Servicios Sanitarios debe de pasar siempre por el Registro.

Cuando enviamos los informes al EVI debemos recordar de dejar una copia del informe en el sobre correspondiente de cada paciente al que se le haya efectuado el citado informe.

#### 4. Resoluciones del INSS

En cuanto a las Resoluciones del INSS, éstas pueden ser de diferentes tipos:

● De Alta Médica: Hasta el cumplimiento de la duración máxima de 365 días de los procesos de IT del sistema de la Seguridad Social, el INSS y, en su caso, el ISM, a través de los inspectores médicos adscritos a dichas entidades, ejercerán las mismas competencias que la Inspección de los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo SPS, para emitir un alta médica a todos los efectos.

Cuando el alta haya sido expedida por el INSS o el ISM, estos serán los únicos competentes, a través de sus propios médicos, para emitir una nueva baja médica en la situación de IT si aquélla se produce en un plazo de 180 días siguientes a la citada alta médica por la misma o similar patología.

● De Concesión de Prórroga por un plazo máximo de seis meses: Una vez agotado el plazo máximo de Incapacidad Temporal, el INSS a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad, será el único competente para conceder la situación de prórroga expresa con un límite de seis meses.

● De Concesión de la Incapacidad Permanente: La Incapacidad Permanente, cualquiera que sea su causa determinante, se clasificará, en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo del interesado, valorado de acuerdo con la lista de enfermedades que se apruebe reglamentariamente, en los siguientes grados:

- Incapacidad Permanente Parcial para la profesión habitual: Es aquella que no impide realizar las tareas fundamentales de una profesión, por lo que no llega a total, pero si ocasiona una disminución superior al 33% para realizar tareas normales de la profesión. La prestación que se percibe de acuerdo

con el Art. 139.1 L.G.S.S consiste en la entrega de una sola vez de una cantidad equivalente a 24 mensualidades de la base reguladora.

- Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual: Inhabilita al trabajador por completo para realizar las tareas fundamentales de su profesión, con independencia de que pueda dedicarse a otra distinta. La prestación que se obtiene se corresponde con una pensión vitalicia del 55% de la base reguladora. La L.G.S.S establece para los casos en que el beneficiario de la pensión es menor de 60 años, que esta pueda sustituirse de forma excepcional por una indemnización a tanto alzado.

- Incapacidad Permanente Total cualificada: Es una incapacidad como la anterior, pero en la que concurren circunstancias, bien sociales, laborales de edad etc..., que hacen pensar en la dificultad de encontrar un nuevo trabajo en cualquier otra actividad. Esta da derecho a un incremento del 20% de la base reguladora de la pensión por incapacidad permanente total. Ni que decir tiene que si se encuentra un nuevo trabajo este incremento se pierde, al dejar de concurrir las causas que dan lugar a este

- Incapacidad Permanente Absoluta para todo trabajo: Inhabilita al trabajador para toda profesión u oficio. Esta da lugar a una pensión vitalicia igual al 100% de la base reguladora.

- Gran Invalidez: La gran invalidez más que un grado de esta, es el resultado de sumarle una serie de factores extralaborales, como el hecho de que el afectado haya perdido parte de su autonomía vital y debe valerse de otra persona para poder realizar los actos más esenciales de la vida: aseo, desplazamiento etc... En este caso la pensión vitalicia correspondiente a la incapacidad permanente absoluta se incrementa en un 50% destinado a retribuir a la persona que atiende al inválido.

- De Denegación de la Incapacidad Permanente:

Estas resoluciones serán efectuadas por el INSS, contando con la información médica oportuna de cada paciente para proceder a dictar una determinada resolución, estudiando las limitaciones del trabajador, ésta se efectuará cuando consideren improcedente conceder dicha Incapacidad.

Todas estas Resoluciones se pueden dar por:

- Agotar los doce meses de Incapacidad Temporal.
- Solicitud de la persona interesada en cualquier momento, sin necesidad de estar de baja.
- A solicitud de la Inspección Médica.
- Directamente por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Tras efectuarse las anteriormente citadas resoluciones, hay que proceder a anotarlas en el SIA REAL, para que posteriormente los médicos tanto de la atención primaria como de los centros de especialidades, puedan conocer el proceso del paciente , así como las actuaciones que se han llevado a cabo por los médicos inspectores y subinspectores respecto a las incapacidades temporales.

A continuación, al recibir cualquiera de las siguientes resoluciones, como todo documento que llega a la inspección se registra de entrada con el programa REGISTRO 05, posteriormente, en el caso concreto de cualquiera de estas resoluciones, se busca el sobre correspondiente a cada paciente y si se trata de una resolución de Incapacidad Permanente o Total, se introduce ésta en el sobre del paciente, se anota la fecha en el exterior del sobre y se vuelve a guardar en el archivo. En el caso de que la resolución sea de Incapacidad Absoluta o Gran Invalidez, se anota "Incapacidad

Absoluta” o “Gran Invalidez” en el exterior del sobre y el sobre de ese paciente pasa a formar parte del Archivo histórico, porque el trabajador al que se haya concedido dicha resolución está incapacitado para volver a trabajar.

En el caso de la Denegación de la Incapacidad Permanente, únicamente se introduce la citada resolución en el interior del sobre del paciente y no se realiza nada más.

## 5. Propuestas de las Mutuas

La Entidad gestora o la Mutua (en este caso, respecto a situaciones de IT derivadas de contingencias comunes) podrán formular, a través de los servicios médicos adscritos a las mismas, "propuestas motivadas" de alta médica, cuando consideren que el trabajador pudiera no estar impedido para el trabajo, a la vista de los partes médicos de baja, confirmación de baja, informes complementarios y de los reconocimientos médicos practicados.

Las propuestas de las mutuas llegan a la Inspección por fax y pueden darse varias opciones:

- Propuesta de Alta
- Propuesta de Incapacidad Permanente
- Solicitud de Informe
- Solicitud de Acumulación de Periodos de Incapacidad Temporal

Las propuestas de alta se harán llegar, a través de las Unidades de Inspección de los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano similar del correspondiente SPS, a los facultativos que expidieron los partes de baja y de confirmación, los cuales deberán pronunciarse, en el plazo de 10 días contados a partir de la fecha en que la propuesta se haya puesto a disposición de la Unidad de Inspección:

- Bien admitiendo la propuesta de alta, expidiendo el parte médico de alta.
- Bien confirmando la baja, debiendo indicar los controles médicos necesarios, comunicándolo a la Entidad gestora o a la Mutua.
- Si no se pronunciaran expresamente y en el plazo señalado, o la Inspección de Servicios Sanitarios u órgano correspondiente del SPS discrepase del pronunciamiento realizado, éstos podrán acordar el alta, dentro del plazo de 15 días contados a partir de aquél en que dispusieran de la propuesta de alta, comunicando la actuación realizada a la Entidad gestora o a la Mutua que hubiese formalizado la propuesta.

Cuando una propuesta de alta formulada por una Mutua no sea resuelta por el SPS en el plazo reglamentario, la Mutua puede optar entre:

- Reiterar dicha propuesta ante el SPS y, si no obtiene contestación, plantear iniciativa de alta a los servicios médicos del INSS.
- Plantear la iniciativa de alta médica ante los servicios médicos del INSS.

En el supuesto de alta extendida por el facultativo del INSS, el parte de alta estará condicionado a la no disconformidad del SPS y la fecha de efectos del alta será el 5º día hábil siguiente a su extensión.

Si el trabajador no recibe en el plazo de 5 días hábiles comunicación del INSS sobre la existencia de disconformidad por el SPS, deberá presentar ante la empresa la copia a ella destinada, dentro de las 24 horas siguientes a la fecha de efectos del alta médica.

Todas las propuestas de las mutuas siguen el mismo procedimiento, aunque existen algunas excepciones.

El procedimiento ordinario a seguir con la llegada de una propuesta de la Mutua a la Inspección es el siguiente:

El primer paso es anotarlo en WINTAI05 en la ficha del paciente en el apartado “Actuaciones”, donde se relaciona la correspondiente Propuesta (

del tipo que sea) u Otros ( si no aparece el tipo de propuesta) de la Mutua a la Inspección.

El segundo paso es cuando se registra de entrada la Resolución en el programa REGISTRO 05, poniendo en el apartado de Remitente Mutuas y en el Asunto el nombre de la Mutua. Propuesta, la que corresponda y nombre y apellidos del paciente.

Si el paciente tiene carpeta, se busca la carpeta en el Archivo y se pone la hoja que ha llegado por fax con el registro de entrada en la portada de la carpeta y se entrega a la enfermera subinspectora.

Si el paciente no tiene carpeta, se le crea una carpeta nueva y se une la hoja que ha llegado por fax con el registro de entrada en la portada de la carpeta, la cual se entrega a la enfermera subinspectora.

En el caso de que llegue una Propuesta de Alta y se observe que el paciente ya está dado de alta, a través del programa “Gestión de Áreas”, se realiza la hoja de contestación a la mutua y se da traslado a la enfermera Subinspectora.

Cuando ésta ha controlado y revisado las propuestas, devuelve las carpetas de los pacientes con la contestación oportuna a las propuestas formuladas y añadirá una carátula que se remitirá por fax al médico de cabecera si el paciente no está de alta, al que se le adjuntará la solicitud de informe y la solicitud de acumulación de periodos de Incapacidad Temporal, hasta el momento en que se formule la contestación a la propuesta, éstas se guardan en propuestas pendientes.

Cuando llega la contestación del médico de cabecera se tramita por la enfermera subinspectora y se da traslado a la Dirección Territorial y a la Mutua correspondiente.



Cabe resaltar una excepción en el procedimiento, y es que si llega la propuesta de alta y el paciente está de alta se envía solamente por fax a la Dirección Territorial y a la Mutua.

Cuando lo que llegan a la Inspección son reiteraciones de las propuestas de las mutuas, entonces se registra de entrada con todos los pasos de la Propuesta de Alta, pero indicando en WINTAI 05 que es una Reiteración de la fecha anterior,( se anota la fecha de la propuesta de alta correspondiente) y posteriormente se archiva o se le da paso a la enfermera subinspectora para que de nuevo se lleve a cabo el procedimiento anteriormente descrito que se lleva a cabo en las propuestas de alta.

#### Tramitación de Propuesta de Alta por Incomparecencia

Se da la tramitación de una propuesta de alta por incomparecencia cuando un asegurado se encuentra en situación de Incapacidad Temporal y, sin causa justificada, no recoge los partes de confirmación de la baja, en este caso, el facultativo médico responsable del proceso, comunicará dicha incidencia a la Inspección Médica.

Las tramitaciones de alta médica por incomparecencia pueden llegar a la Inspección Médica a través de valija o mediante el fax.

El procedimiento de tramitación es el que a continuación se detalla:

En primer lugar se comprobarán los datos del paciente y de su correspondiente baja médica en WINTAI 05 , donde, si todo está correcto, pasaremos a anotar en la ficha del paciente, en la parte de “Actuaciones” pondremos “Otros” de MAP (Médico de Atención Primaria) a la Inspección y en el motivo pondremos “Recepción Propuesta de Alta por incomparecencia”.

En segundo lugar, se registrará de entrada la propuesta de alta por el programa REGISTRO 05, se anota en el remitente el Centro de Salud del

que viene la correspondiente Propuesta de Alta por Incomparecencia y en el apartado Asunto pondríamos: Propuesta de Alta por Incomparecencia, el Doctor/a y el nombre y apellidos del paciente.

En tercer lugar, si el paciente tiene carpeta creada, se buscará en el archivo y en el caso de que esta no esté creada se le creará una carpeta nueva a dicho paciente.

Por último, se dará traslado a los Inspectores, y tras su comprobación se remitirá al paciente la comunicación de alta por incomparecencia.

En la **SEGUNDA ÁREA** encontramos el Visado de Recetas.

El visado de recetas puede ser de dos tipos Manual o Electrónica.

- Manual: Son las realizadas por el médico de cabecera o médico especialista en soporte papel y llegan a la Inspección Médica por valija.

- Electrónica: Las realiza en médico de cabecera a través del programa informático ABUCASIS, en este caso, los pacientes recogen las recetas directamente en sus Centros de Salud correspondientes y no llegan en valija a la Inspección.

Las funciones de los trabajadores de la Inspección en su ejercicio diario dentro de esta área para el tipo de receta manual son:

- Comprobar que al paciente le corresponde la medicación que muestra el ordenador.

Si es la primera vez que el paciente trae la receta, la cual debe ir acompañada de un informe del médico de cabecera o médico especialista, con el nombre del medicamento que tiene que ser visado.

Se consulta a los médicos inspectores o enfermeros subinspectores para ver si se corresponde el diagnóstico con la medicación pendiente de ser visada.

Si está correcta, a través del programa informático WINTAI 05 se apuntan las recetas para seguir un control del paciente y se archiva el informe.

Los informes tienen una caducidad diferente o variable en función de la medicación a tratar.

Aparte de las recetas de medicamentos o absorbentes, también son visadas recetas de ortopedia, y para ello se utiliza un programa especial, comprobando que todos los datos están correctos.

Al efecto, entramos en NOTICIARIO y luego en EXOPRÓTESIS en el ordenador. Se comprueba el código del producto y precio.

Se consulta con los médicos Inspectores y Subinspectores y si es correcto se procede a su sellado.

La Inspección Médica se queda una copia de la receta para el control de la exoprótesis y el original se lo devuelve al paciente por valija.

La **TERCERA ÁREA** corresponde con la Atención al Público.

Consecuencia directa de la gestión diaria de las dos áreas explicadas anteriormente es la Atención al Público.

Ésta puede ser presencial a través del mostrador o bien telefónica.

Esta área es totalmente común y se lleva a cabo todos los días de trabajo en la Inspección como mera rutina, mediante el mostrador se atiende al público que acude a la Inspección Médica bien para coger cita o para aclarar ciertas dudas o cuestiones, así como problemas en el procedimiento de su Incapacidad Temporal, en el mostrador también se lleva a cabo la atención de los trabajadores/as de las farmacias que vienen con carpetas de recetas para que se proceda a su visado.

Dicha atención en mostrador se da simultáneamente mediante atención telefónica, ya que, son muchos los pacientes que llaman por teléfono para

coger cita o para consultar cualquier tipo de duda, a su vez, el personal de la Inspección mediante teléfono se ocupa también de avisar a pacientes concretos en los que se ven alteraciones en su Incapacidad Temporal o para recordarle cuando tiene su cita.

Y para acabar con las Áreas del ejercicio diario dentro de la Inspección, por último la **CUARTA ÁREA** la cual corresponde al Archivo.

El archivo se puede dividir en dos partes:

Por un lado se encuentra el Archivo de Gestión que es el que se utiliza todos los días, es decir, en el que se encuentran las carpetas de todos los pacientes que están de baja o que han tenido alguna baja.

Aparte de este archivo que es el que más se utiliza, hay otros que también se manejan diariamente, entre los que se encuentran:

- El Archivo para los informes de las Recetas.
- El Archivo para los partes de Alta y Baja.
- El Archivo de Registro de Entrada y Salida.

Por otro lado encontramos el Archivo Pasivo o Histórico. En este archivo se encuentran las carpetas de los pacientes a los que se les han concedido una Incapacidad Absoluta o Gran Invalidez, o bien de las personas que están jubiladas y anteriormente han tenido bajas, personas que han acudido a revisiones a la Inspección Médica y por último las defunciones.

### **3.6. ANÁLISIS DAFO.**

En definitiva, ser conocedores de las funciones de la Inspección de Servicios Sanitarios, de sus competencias, del personal que la integra, de los medios y programas informáticos con los que trabaja, etc , nos sitúa en el lugar adecuado para poder realizar un Diagnóstico estratégico de la Unidad Administrativa estudiada, en este caso, de la Inspección de Servicios Sanitarios, es decir, una vez conocido el entorno, estamos capacitados para adentrarnos de lleno en funcionamiento interno, real y actual de dicha unidad. Para ello, la metodología que vamos a utilizar es el análisis DAFO.

Dicha actuación nos dará a conocer las necesidades más apremiantes y las alternativas de solución.

<b>Análisis DAFO</b>	<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<b>Análisis interno</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Buena comunicación entre el Personal que forma la Inspección.</li><li>• Dedicación diaria del personal de las Inspecciones Médicas.</li><li>• Motivación diaria en el desarrollo de la actividad profesional.</li><li>• Buena atención a los ciudadanos- clientes.</li><li>• Seguridad en el puesto de</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de formación del personal de las Inspecciones Médicas.</li><li>• Escasez de Recursos Humanos.</li><li>• Localización Geográfica.</li><li>• Distribución física de la Unidad Administrativa. (barreras arquitectónicas)</li><li>• Falta de espacio físico en el Archivo.</li></ul>

	trabajo. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Luz.</li> <li>• Seguridad Informática.</li> <li>• Higiene.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicaciones informáticas poco actualizadas.</li> <li>• Comunicación interna entre los Centros de Salud, las Inspecciones Médicas y el INSS.</li> </ul>
	<b>Oportunidades</b>	<b>Amenazas</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar cursos de formación para el personal de las Inspecciones.</li> <li>• Desarrollo de la Administración Electrónica.</li> <li>• Integrar los sistemas de información de Sanidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coste elevado de las inversiones.</li> <li>• Incremento de la población.</li> <li>• Envejecimiento de la población.</li> <li>• Discontinuidades generadas por los ciclos políticos.</li> <li>• Idea preconcebida por el ciudadano-cliente de una Administración ineficaz.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia (2012)

Una vez establecidos los problemas en el matriz DAFO, es importante identificar las causas y efectos de los problemas priorizados y las soluciones que a los efectos se van a proponer.

En primer lugar comenzaremos analizando las **FORTALEZAS**:

- Equipo humano: En la Inspección de Servicios Sanitarios, existe una plantilla que lleva trabajando durante mucho tiempo en dicha organización y

disponen de la experiencia y el conocimiento adecuados para conseguir un óptimo funcionamiento de la entidad.

- Seguridad en el puesto de trabajo: Una empresa de seguridad presta sus servicios a la Inspección de Servicios Sanitarios , ayudando a mantener el orden en la sala de espera, incrementando la seguridad en las consultas...etc.

En definitiva, se encargan de la vigilancia en la Unidad Administrativa y protegen a las personas que puedan encontrarse en la misma.

- Buena comunicación entre el personal de la Inspección de Servicios Sanitarios: lo que genera un buen ambiente de trabajo.

- Buena atención a los ciudadanos-clientes que se dirigen al Servicio de Inspección: De esta manera, el número de quejas o reclamaciones se reduce al mínimo. Los ciudadanos se forman una mejor imagen de la Unidad Administrativa y recíprocamente eso genera un mejor clima de trabajo interno.

Continuamos con las **DEBILIDADES**:

- Pirámide de edad: En el caso de la Inspección de Servicios Sanitarios, la edad media del funcionario se está elevando y el ritmo de renovación del personal es bajo, por no decir nulo.

Este factor, por lo tanto, puede suponer una dificultad para el éxito del proceso necesario para el desarrollo de una Administración adaptada perfectamente al uso de las nuevas tecnologías.

- Modernizar las instalaciones: Es necesaria una modernización general de modo que se eliminen consecuentemente las barreras arquitectónicas.

- Aproximar a los ciudadanos los servicios que ofrece la Unidad Administrativa: tanto desde el punto de vista geográfico y de apertura horaria del centro, como desde el punto de vista de las prestaciones.

- Sistema de Traducción Simultánea: Resulta necesario un sistema de traducción simultánea entre los extranjeros (que han aumentado considerablemente en los últimos años) y los profesionales sanitarios, eliminando de esta manera las barreras diplomáticas y culturales.

- Enriquecimiento de los puestos de trabajo: Resulta imprescindible fomentar la diversidad y enriquecer los puestos de trabajo y aumentar, de forma inherente los niveles de motivación.

Refiriéndonos a las **AMENAZAS**:

-Coste elevado de las Inversiones: Para mejorar la Unidad Administrativa, es necesaria la inversión, tanto en infraestructuras, como en tecnologías y procesos organizativos y formativos.

-Discontinuidades generadas por los ciclos políticos: Los cambios de gobierno pueden afectar negativamente a la implantación de un Plan de Mejora, o a cualquier proyecto para el desarrollo de la Unidad Administrativa objeto de estudio.

-Idea preconcebida del ciudadano-cliente de una Administración ineficaz: Los ciudadanos, cuando se dirigen a cualquier Administración pública, lo hacen con la idea preconcebida de que no funciona de manera eficaz, que va a tener que soportar largas colas, no le van a solucionar el problema...etc.

Es decir, la sociedad tiene una percepción de que nuestra Administración y nuestros funcionarios no rinden como de ellos cabría esperar.

- Aumento de la población y Aumento de la esperanza de vida: En los últimos años se ha producido un importante crecimiento de los “usuarios potenciales” de la Inspección. Debido a una tendencia demográfica que va en continuo cambio originada por dos factores, el aumento de la esperanza de vida y el aumento de la población inmigrante.



Y para finalizar las **OPORTUNIDADES**:

- Mejorar las condiciones laborales de los profesionales: Fomentando los mecanismos que permitan la movilidad del personal entre las diferentes organizaciones de la Conselleria de Sanitat. Resulta imprescindible fomentar la diversidad y enriquecer los puestos de trabajo( sobre todo el del personal de la Administración), para aumentar de forma inherente los niveles de motivación de los funcionarios. Se deberían implantar en la inspección, una serie de intervenciones encaminadas a recuperar la capacitación y competencia de sus profesionales, articulando la carrera profesional y promoviendo de esta manera, una adecuada política de formación continuada.

-Resulta necesaria la realización de cursos de formación: es necesaria la realización de cursos de formación que permita al personal sanitario controlar de forma absoluta el manejo de las aplicaciones informáticas.

Por consiguiente, si la institución busca un cambio actitudinal en sus empleados, para lograr reducir las imperfecciones es necesario invitar a todos sus integrantes al cambio y la organización debe adoptar ciertas modificaciones organizacionales y conductuales que llevarán, por repercusión lógica, a la autorrealización de todos y cada uno de los trabajadores, generando, así, armonía en el trabajo.

- Necesidad de desarrollar la Administración Electrónica: Hoy en día se puede decir que todas las partes que intervienen o son interesadas en el procedimiento administrativo y en la prestación de servicios públicos son conscientes de la necesidad de desarrollar la Administración Electrónica, necesidad de eliminar las montañas de papel que permanecen archivadas en la Inspección, necesidad de consolidación de la Historia Clínica Única que se gestiona a través del programa Abucasis, el cambio de la receta en formato papel por la electrónica...etc. Las Tecnologías de la Información y de las Telecomunicaciones están alcanzando un nivel de madurez que

permite desarrollar la Administración Electrónica con las adecuadas garantías técnicas.

- Integrar los sistemas de información de Sanidad: Resultaría interesante, coordinar los diferentes Centros Sanitarios que intervienen en el proceso asistencial, para acompañar al usuario durante todo el proceso de incapacidad (Centro de Salud, Inspección de Servicios Sanitarios y el INSS). Potenciando las redes de contacto entre los médicos de familia y los Inspectores, entre los centros de salud y las Inspecciones. Aumentando así el contacto entre profesionales sanitarios. Se evitarán así muchos errores, por ejemplo, a la hora de solicitar el visado de los medicamentos, de dar una cita...etc.

### **3.7 EPÍLOGO**

En este capítulo, se ha presentado la situación actual de la Inspección de Servicios Sanitarios, Sección 10-02 de Valencia, para ello, se ha analizado tanto su composición, como su funcionamiento, realizándose a última instancia un análisis DAFO, el cual nos ha permitido identificar los problemas de ésta.

En el capítulo siguiente se consideran diversas alternativas en las que se analizará y desarrollará una de ellas con mayor profundidad.

## **4. PROPUESTA DE MEJORA.**

## **4. PROPUESTA DE MEJORA.**

### ***4.1 INTRODUCCIÓN.***

Una vez establecidos los problemas en la matriz DAFO, es de vital importancia identificar las causas y efectos de los problemas priorizados y las soluciones que a los efectos se van a proponer, desarrollando con más profundidad las necesidades más relevantes, en este caso concreto, la problemática suscitada en lo que al Sistema de Información se refiere.

### ***4.2 MODIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN AMBULATORIA (SIA) PROPORCIONADO POR EL PROGRAMA INFORMÁTICO ABUCASIS II.***

Tras el estudio de carácter práctico efectuado a la Inspección de Servicios Sanitarios 10-02 de Valencia, éste nos ha mostrado que uno de los principales problemas que presenta la citada Inspección es la necesidad de coordinar los diferentes centros sanitarios que intervienen en el proceso asistencial.

Nos ha mostrado que existe una falta de comunicación rápida entre la Inspección de Servicios Sanitarios, los Centros de Salud, y otras entidades como el INSS.

El programa Abucasis ha supuesto un nuevo reto en la Conselleria de Sanidad, a fin de unificar la historia clínica de los pacientes evitando numerosos trámites , pero no consigue la eficacia en cuanto a coordinar el trabajo entre las Inspecciones, Centros de salud y el INSS, quedándose a medio camino por su escasa gestión rápida y falta de aplicaciones.

Nos encontramos ante Sistemas de Información dispersos, que no permiten una fructífera transición del paciente.

Mi mejora se centra principalmente en crear una línea propia entre las Inspecciones de Servicios Sanitarios, el Centro de Salud y el INSS.

Ya que, en la actualidad, se entorpece la interrelación produciendo una ineficacia en el trabajo diario, para lo que se propone en esta mejora una línea o extensión de utilización entre ambos.

Se trata de conectar los centros, con el fin de asegurar la gestión de un proceso asistencial completo, de obtener garantías de interoperabilidad semántica.

Lo que, a su vez permitiría una mayor eficiencia en la Agenda, que actualmente no termina de cuadrarse debido a que el personal administrativo de la Inspección no sabe cuando el Centro de Salud o el INSS ha citado a ese mismo paciente, dando lugar a solapamientos de citas en los pacientes, esta problemática sería solucionada si se dispusiera de una agenda interconectada.

Por lo que, mi propuesta de mejora consiste en garantizar la disponibilidad de las Tecnologías de la Información y la Comunicación como medios imprescindibles para la provisión de servicios a través de la unificación y simplificación de las infraestructuras y herramientas que garanticen la correcta utilización y aprovechamiento de las mismas. Para ello la mejora que voy a proponer es crear un software concreto que subsane las carencias encontradas en el Sistema de Información Ambulatoria(SIA).

Este software ha de estar constituido por el conjunto de datos más destacables de los historiales de salud de cada persona, procedentes de diferentes niveles asistenciales y, de este modo, interconectar las diferentes instituciones sanitarias presentes en cada proceso para contribuir a mejorar la calidad y eficacia de la atención sanitaria.

Para llevar a cabo la creación de este proyecto sería necesaria la realización de una contratación administrativa o subcontrata, a tales efectos se

procederá a realizar el pertinente Anuncio de licitación en el Diario Oficial de la Comunidad Valenciana, en el que se adjuntará un anexo con el pliego de condiciones, en el que se determinarán los requisitos que queremos que se cumplan en este caso.

De este modo, las empresas del Sector privado interesadas podrán preparar sus ofertas y entrar en el concurso público.

Como indica el artículo 127 de la Ley 30/2007, de 30 de Octubre, de Contratos del Sector Público, < los órganos de contratación fijarán los plazos de recepción de las ofertas y solicitudes de participación teniendo en cuenta el tiempo que razonablemente pueda ser necesario para preparar aquéllas, atendida la complejidad del contrato, y respetando, en todo caso, los plazos mínimos fijados en esta Ley>, por tanto, en este caso el plazo fijado será de dos meses dado que las empresas han de tener tiempo para preparar sus correspondientes ofertas.

Una vez finalizado el plazo de presentación de propuestas, se realiza el estudio de las ofertas presentadas en relación a criterios de valoración como son: la calidad del proyecto, el precio, el plazo de ejecución o entrega de la prestación, el coste de utilización, la rentabilidad, las características funcionales, el mantenimiento u otros semejantes.

Todos los criterios señalados sirven de base para la adjudicación del contrato, estos criterios se detallan en el anuncio, concretamente, en el anexo del pliego de condiciones.

Una vez realizada la pertinente ponderación en base a los criterios anteriormente citados, se valorarán las propuestas y se procederá a efectuar la adjudicación del contrato al licitador que haya presentado la oferta más ventajosa, la citada Adjudicación del contrato, se efectúa asistido por una Mesa de Contratación, en la que se realiza la “Apertura de sobre”, (para asegurar la transparencia del proceso de adjudicación).

Una vez que el contrato es adjudicado se procede a realizar el pertinente Anuncio de adjudicación en el Diario Oficial de la Comunidad Valenciana.

(Valenciana)

A tales efectos, la empresa **WINSOFT, S.L.** ha sido la adjudicataria de este proyecto. Ya que ha sido la que ha presentado la oferta más ventajosa.

Por tanto, a continuación se muestra tanto su Equipo de Proyecto, El periodo establecido de implantación del software, el Modelo de proceso utilizado y las fases en que se desarrolla la implantación del software.

#### **4.2.1. EQUIPO DEL PROYECTO**

Para una mejor organización del proyecto es necesario establecer diferentes cargos:

- Jefe de equipo: El jefe de equipo asigna los recursos, coordina las interacciones con los usuarios. Mantiene al equipo del proyecto enfocado en los objetivos. Supervisa el establecimiento de la arquitectura del sistema, gestión de riesgos, planificación y control del proyecto.
- Analista: El analista del proyecto captura, especifica y valida los requisitos, interactuando con los usuarios mediante entrevistas. Elabora el modelo de Análisis y Diseño. Gestiona los requisitos, la configuración y los cambios, la elaboración del modelo de datos, la preparación de las pruebas funcionales y la elaboración de la documentación.
- Programador: Los programadores desarrollan las aplicaciones y colaboran en la elaboración de las pruebas funcionales, modelo de datos y en las validaciones con el usuario.



- Probadores: Los probadores se encargan de pasar las pruebas especificadas y de corregir los errores encontrados.

**TABLA DE LOS POSIBLES RIESGOS QUE PUEDEN DARSE:**

**Tabla 1- Posibles riesgos**

ID. Riesgo	Descripción	Probabilidad	Efecto
1	Pérdida de alguna persona importante en el proyecto.	50%	Retraso en el proyecto y contratar a un nuevo miembro.
2	Falta de experiencia con la tecnología.	40%	Pérdida de tiempo para conocer la nueva tecnología.
3	Equipo no apto para ejecutar las tareas.	20%	El proyecto no se podrá llevar a cabo y se deberá volver a estructurar.
4	Retraso en una toma de decisiones en la organización	30%	Pérdida de tiempo y puede repercutir en el comportamiento
5	Trabajos no programados, imprevistos, sorpresas	60%	Retraso de las entregas.
6	Cambios en las prioridades de la organización	40%	Pérdida de tiempo y puede repercutir en el comportamiento.
7	Reestructuración de la organización	20%	Tiempo para adaptarse al cambio de la estructura

8	Crisis económica que afecte a la organización y al proyecto	60%	Desmotivación y ajuste en el presupuesto.
9	Recortes presupuestarios al proyecto	60%	Desmotivación y puede ocasionar causa de interés.
10	Supuestos no válidos	40%	Malentendidos y falta de tiempo.
11	Enfermedades	30%	Retraso en algunas tareas.
12	Resistencia al cambio	40%	No funcionar el proyecto de la manera prevista.

Fuente: Elaboración propia (2012)

Teniendo en cuenta los posibles riesgos que pueden darse durante la realización del presente proyecto sería beneficioso tener un **Plan de Contingencia**, con el fin de superar cualquier eventualidad que pueda acarrear problemas en el seguimiento de éste poder contar con buenas alternativas y soluciones eficaces.

#### **4.2.2. PERIODO DE IMPLANTACIÓN DEL SOFTWARE**

El periodo de implantación del software sería el siguiente:

En el mes de Marzo, tras verificar el sistema y cuando cumpla las restricciones desde el punto de vista legal, suponemos que el trabajador aceptará todas las especificaciones funcionales durante este mes, en el que realizará las primeras pruebas que conducirán a una aceptación de cumplimiento de especificaciones funcionales, a no ser que surjan errores con respecto a la especificación aceptada por el trabajador.

A lo largo del mes de Abril, se deberá seguir haciendo pruebas en el sistema para concluir realmente en la aceptación de la versión.

En el mes de Mayo(primer quincena), se entregará una versión que será probada durante una semana más o menos y en caso de no haber errores graves(caídas del sistema, errores de implementación, exceso de uso de memoria) se asumirá que el software es aceptable y acorde a las necesidades por lo tanto, se firmará el documento de entrega definitiva, en la fecha prevista de entrega durante la segunda quincena de mayo.

Las posibles restricciones a nivel técnico serían:

El sistema está diseñado para que funcione con Windows, deseando que se comporte según los conceptos Windows de portabilidad y funcionamiento.

Para tratar con la base de datos utilizaremos My SQL.

Las limitaciones en lo que a hardware se refiere, son las limitaciones que posee Windows, dado que Microsoft nos asegura que el sistema Windows estará disponible(con el paso del tiempo) en todos los ordenadores y funcionará con todos los dispositivos existentes.

El único requisito real del sistema es que sería preferible que se tratase con hardware potente, para soportar grandes soluciones.

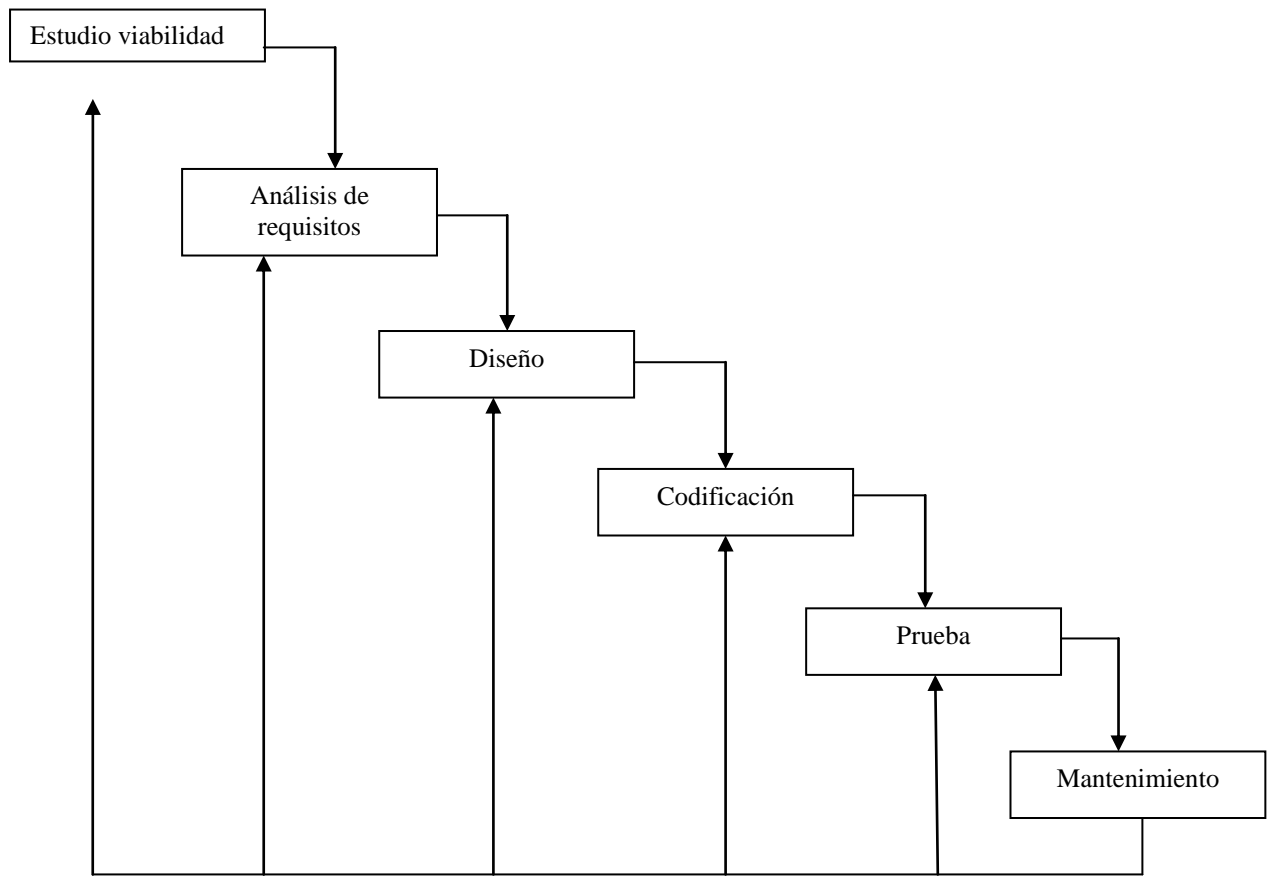
Se entregará al personal de las administraciones que se vean afectadas por el presente software la siguiente documentación básica:

- Una especificación de la aplicación que se ha realizado.
- La base de datos, la interfaz gráfica usada y el código fuente de la aplicación.
- Manual de uso para los trabajadores.
- Instrucciones para realizar correctamente las copias de seguridad de la base de datos.
- Documentación de las pruebas que se han realizado al sistema.
- Especificación completa del Sistema.

(Beekman, 2005)

#### **4.2.3. MODELO DE PROCESO UTILIZADO**

El modelo que hemos utilizado es el modelo de Ciclo de vida clásico o en cascada. Que se compone de las siguientes fases:



Fuente: Elaboración propia.(2012)

- Estudio de viabilidad:

Establecemos los requisitos del sistema y los asignamos al software. En esta fase analizamos si es viable llevar a cabo este proyecto teniendo en cuenta factores como el tiempo, el coste, el presupuesto y los recursos disponibles.

- Análisis de requisitos:

Se analizan las necesidades de los usuarios finales y se recopilan los requisitos.

En esta fase se debe recopilar todo lo que se requiere del sistema, no se puede añadir información nueva en las etapas posteriores.

- Diseño:

El diseño del software se centra en cuatro atributos, estructura de datos, arquitectura del software, el detalle procedimental y la caracterización de la interfaz. Esta fase presenta el Documento de Diseño del Software (SDD) que contiene la descripción de la estructura del sistema y la especificación de lo que debe hacer.

- Codificación:

Se trata de traducir el diseño en una forma legible para la máquina.

- Prueba:

Realizamos pruebas que aseguren que se cumplen los requisitos, que la entrada definida produce los resultados que necesitamos.

- Mantenimiento:

Es posible que ocurran cambios después de haber sido entregado, éstos pueden surgir bien porque se producen errores o porque el cliente requiera ampliaciones funcionales o del rendimiento.

#### **4.2.4. DESCOMPOSICIÓN DE LAS FASES DEL PROYECTO POR HORAS**

Fase de Estudio de viabilidad: 77 horas

Fase de Análisis: 155 horas

Fase de Diseño: 146 horas

Fase de Codificación: 131 horas

Fase de Pruebas: 60 horas

Fase de Instalación: 97 horas

Fase de Mantenimiento: 84 horas







### **4.3.PRESUPUESTO.**

#### **4.3.1. PRINCIPALES FUNCIONES DE LOS PRESUPUESTOS:**

- La principal función de los presupuestos se relaciona con el control financiero de la Organización.
- El control presupuestario es el proceso de descubrir qué es lo que se está haciendo, comparando los resultados con sus datos presupuestados correspondientes para verificar los logros o remediar las diferencias.
- Los presupuestos pueden desempeñar tanto roles preventivos como correctivos dentro de la organización.

#### **4.3.2. OBJETIVOS DE LOS PRESUPUESTOS:**

- Planear integral y sistemáticamente todas las actividades que la empresa debe desarrollar en un periodo determinado.
- Controlar y medir los resultados cuantitativos, cualitativos y, fijar responsabilidades en las diferentes dependencias de la empresa para lograr el cumplimiento de las metas previstas.
- Coordinar los diferentes centros de costo para que se asegure la marcha de la empresa en forma integral.

(Dodero Jordán)

Tras conocer brevemente las principales funciones de los presupuestos así como sus objetivos, vamos a pasar a observar la estimación económica presentada por la empresa WINSOFT S.L. adjudicataria del presente proyecto.

### 4.3.3. ESTIMACIÓN ECONÓMICA:

Tabla 2- Estimación Económica

Persona	Horas facturadas	Importe hora	Total Anual
Director Jefe	239	30 €/h	7.170€
Analista	211	23 €/h	4.853€
Programador Jefe	90	23 €/h	2.070€
Programador	80	20 €/h	1.600€
Diseñador Jefe	267	23 €/h	6.141€
Técnico	62	19 €/h	1.178€
<b>TOTAL percibido por facturación</b>			<b>23.012€</b>

Fuente: Elaboración Propia (2012)

En la tabla mostrada se puede observar de forma detallada las horas facturadas por cada profesional del equipo y el precio por hora de cada uno de ellos, obteniéndose de este modo, el coste total del presente proyecto que asciende a la cantidad de **23.012 €**.

A continuación se muestran desglosadas las horas efectuadas por los meses de duración del presente proyecto.

	€/ hora	Marzo	Abril	Mayo	
<b>DirectorJefe</b>	30	119	90	30	
<b>Analista</b>	23	98	88	25	
<b>Programador Jefe</b>	23		60	30	
<b>Programador</b>	20		50	30	
<b>Diseñador jefe</b>	23	83	145	39	
<b>Técnico</b>	19		30	32	
<b>TOTAL</b>					23012

Fuente: Elaboración propia (2012)

Como anteriormente he indicado el presupuesto total asciende a la cantidad de 23.012€.

El presupuesto que se realiza es asumible dentro del Presupuesto de la Conselleria de Sanidad.

Cabe tener en cuenta que El Consell ha elaborado presupuestos rigurosos, austeros y adaptados al nuevo escenario (ese escenario no es otro que la CRISIS).

## **5. CONCLUSIONES**

## 5.CONCLUSIONES

En este capítulo vamos a recopilar las conclusiones más importantes que hemos obtenido con el desarrollo de los distintos capítulos de este trabajo.

- **CONCLUSIÓN 1:** Las Inspecciones médicas como organizaciones públicas, tienen entre sus objetivos, verificar el cumplimiento de las normas en la prestación sanitaria e impulsar la mejora de la calidad de la asistencia y de los servicios y prestaciones incluidas en el sistema sanitario.
- **CONCLUSIÓN 2:** Son necesarias líneas de acción diferenciadas que posibiliten la inspección y evaluación de los servicios sanitarios públicos, así como la tutela y control del resto de las prestaciones y actividades que se llevan a cabo por la Conselleria de Sanidad.
- **CONCLUSIÓN 3:** Velar por la calidad asistencial que recibe el ciudadano, incrementando el grado de satisfacción de los usuarios, pasar de la cultura del trámite a la cultura del resultado.
- **CONCLUSIÓN 4:** Estamos asistiendo a un proceso de modernización de la Administración Pública, proceso que sigue en marcha y que todos en mayor o menor medida estamos implicados.
- **CONCLUSIÓN 5:** Conseguir agilidad en los trámites administrativos, ésta agilidad se consigue: perfeccionando la administración, eliminando errores, evitando la duplicidad de datos y reduciendo tareas innecesarias.

- CONCLUSIÓN 6: El Sistema de Información Abucasis II, se considera el primer exponente del Sistema de Información Sanitario de la Comunidad Valenciana, a fin de unificar la historia clínica de los pacientes evitando numerosos trámites.
- CONCLUSIÓN 7: Se deben crear políticas de formación, siendo la máxima preocupación buscar, contribuir y mantener una profunda, real y efectiva solidaridad y oportunidad, tanto para la organización como para su entorno.
- CONCLUSIÓN 8: Garantizar la disponibilidad de las Tecnologías de la Información y Comunicación como medios imprescindibles para la provisión de servicios a través de la unificación de las infraestructuras y herramientas que garanticen la correcta utilización y aprovechamiento de las mismas.
- CONCLUSIÓN 9: Es necesario coordinar los diferentes centros sanitarios, por ello, he considerado la necesidad de implantar un software que establezca una línea propia con el fin de interconectar a todas las instituciones sanitarias participantes en un proceso asistencial concreto.
- CONCLUSIÓN 10: Para llevar a cabo el siguiente proyecto se ha realizado una subcontrata, efectuando el correspondiente trámite de contratación administrativa, la empresa beneficiaria ha es, WINSOFT S.L., puesto que ha sido la empresa que más se ha ajustado a los requisitos establecidos.

- CONCLUSIÓN 11: A mi juicio, la mejora que propongo supondrá una ventaja y una buena herramienta para agilizar trámites, disminuir los tiempos de espera y conseguir una gestión, tramitación y administración más eficaz y eficiente.
- CONCLUSIÓN 12: El presente trabajo me ha permitido, desde mi experiencia en prácticas en una Administración Pública , conocer más a fondo determinados aspectos a la hora de trabajar en la gestión pública, conocer las necesidades de los usuarios y la posibilidad de presentar mejoras como la que yo he efectuado, este trabajo también me ha dado la oportunidad de poner en práctica todo lo aprendido en esta carrera y ver con entusiasmo que puede llevarse a cabo.



## **6. BIBLIOGRAFÍA**

## 6. BIBLIOGRAFÍA

BALLART, X. Y RAMIÓ, C. (2000) *Ciencia de la Administración*. Valencia: Tirant lo Blanch. ISBN: 9788484421962.

BEATO, M. (2002) *Cauces de comunicación de las Administraciones Públicas con los ciudadanos*. Madrid: Tecnos S.A. ISBN: 9788430937691.

BEEKMAN, G. (2005) *Introducción a la Informática*. Madrid: Pearson Educación. ISBN: 9788420543451.

COSCULLUELA, L. (2005) *Manual de Derecho Administrativo I*. Madrid: Civitas. ISBN: 978844734338.

DODERO, A. (2002) *Teoría y Práctica de la Contabilidad Presupuestaria en el Sector Público*. Granada: Comares. ISBN: 9788484444008.

OLTRA, F.; DE MIGUEL, M. (2007) *Gestión Administrativa I*. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia. ISBN: 9788483631744.

RAMIÓ, C. (2002) *Teoría de la Organización y Administración Pública*. Barcelona: Tecnos S.A. ISBN: 9788430934508.

## **LEGISLACIÓN**

Constitución Española de 1978.

Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana.

Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad.

Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana . Diario Oficial de la Comunidad Valenciana.

Ley 4/2005, de 17 de junio, de la Generalitat, de Salud Pública de la Comunitat Valenciana. Diario Oficial de la Comunidad Valenciana.

Decreto 56/2006, de 28 de abril, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de la Inspección de Servicios Sanitarios de la Conselleria de Sanidad. Boletín Oficial del Estado.

Real Decreto 1313/2010, de 20 de octubre, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales. Boletín Oficial del Estado .

Real Decreto 1366/2010, de 29 de octubre, por el que se aprueba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales. Boletín Oficial del Estado.

Real Decreto 263/2011, de 28 de febrero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Boletín Oficial del Estado.

Decreto 5/2011, de 21 de junio, del President de la Generalitat, por el que se determinan las consellerias en que se organiza la Administración de la Generalitat. Diario Oficial de la Comunidad Valenciana.

Decreto 111/2011, de 2 de septiembre, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad y se modifica el Decreto 25/2005, de 4 de febrero, del Consell, por el que se aprueban los estatutos reguladores de la Agencia Valenciana de Salud. Diario Oficial de la Comunidad Valenciana.

## **RECURSOS WEB**

Instituto de Información Sanitaria.Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Documento en línea:<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf>. Fecha de Consulta :[19/09/2011]

Manuel Cervera Taulet. “Abucasis II Un proyecto Integrador”. Documento en línea: <http://www.socinfo.info/seminarios/sanidad/valencia.pdf>. Fecha de Consulta: [04/01/2012]

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. <http://www.msc.es/>. Fecha de Consulta: [08/09/2011]

Portal de la Conselleria de Sanidad. <http://www.san.gva.es/>. Fecha de Consulta: [13/10/2011]

Rambla, Vicente (2005) “ El Plan de Inspección de la Conselleria de Sanidad reforzará la supervisión de las bajas del personal sanitario”. Documento en línea:  
<http://www.san.gva.es/cas/inst/prensa/docs/planinspeccion0507.pdf>  
Fecha de Consulta: [06/02/2012]

Signes, Juan Miguel; Duch, Javier; Martínez, José; Ferrer, Carmen; García, Rosa. Área de Organización y Sistemas de Comunicación. “Integración de aplicaciones Sanitarias con Abucasis II”. Documento en línea: [http://www.seis.es/seis/informed02/INFORMED2002\\_signes.pdf](http://www.seis.es/seis/informed02/INFORMED2002_signes.pdf)  
Fecha de Consulta: [27/02/2012]

## **7. ANEXOS Y GLOSARIO**

## 7. ANEXOS Y GLOSARIO

### Normativa sanitaria: línea de tiempo

Cronograma con la normativa sanitaria más relevante desde el punto de vista organizativo y asistencial



#### Normativa estatal

#### Normativa autonómica valenciana

##### S.XIX

- Proyecto de código sanitario de 1822 (1º ensayo de regular la atención sanitaria colectiva)
- Ley Orgánica de Sanidad de 28 de noviembre de 1855 que crea la D.Gª de Sanidad como órgano ejecutivo. Reina Isabel II

##### S.XX

- "Alta de Compensación de los Trabajadores", también conocida como ley de accidentes de trabajo
- Real Decreto de 12 de enero de 1904 que aprueba la Instrucción General de Sanidad (sustituye a la D.Gª de Sanidad)
- Ley de 27 de febrero de 1908, crea el I.N.P. o Instituto Nacional de Previsión (gobierno de Antonio Maura, reina Alfonso XIII). Es la institución precursora de la seguridad social española. Su primer cometido es encargarse del sistema de libre contratación de pensiones obreras
- En 1919 el INP asume la Administración del Seguro Obligatorio del Retiro Obrero
- Entre 1923 y 1932 el INP asume el Subsidio de Maternidad (1923), el Seguro Obligatorio de Maternidad (1929), ampliación del los beneficios de la ley de accidentes del trabajo a los trabajadores agrícolas (1931), obligaciones de la Ley de Accidentes de Trabajo en la Industria (1932).
- Nace la Seguridad Social en España al implantarse en 1939 el Seguro de Vejez y del Seguro Obligatorio de Enfermedad.
- Es promulgada la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 25 noviembre 1944

##### 1960

- Ley 37/1962 sobre normas reguladoras del funcionamiento de los hospitales
- D. 3160/1966 por el que se aprueba el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social
- II Plan de desarrollo Económico y Social Texto refundido de la Ley aprobada por el Decreto de 9 de mayo de 1969
- Orden de 5 de julio de 1971 por el que se establece el Estatuto del Personal No Sanitario de la Seguridad Social
- Orden de 7 de julio de 1972 por la que se aprueba el Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social
- Orden de 26 de abril de 1973 por el que se establece el Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de la Seguridad Social
- D. 2065/1974 por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social
- En 1977 se crea el Mº de Sanidad y Consumo. Se unifican las competencias en materia de salud pública, del I.N.P. y la AISNA (Administración Institucional del Mº de la Gobernación)
- Libro blanco sobre la reforma de la S.S. editado en 1977

## Normativa sanitaria: línea de tiempo

Cronograma con la normativa sanitaria más relevante desde el punto de vista organizativo y asistencial



### Normativa estatal

### Normativa autonómica valenciana

1978

- **Constitución española** (art. 43)
- Desaparece el I.N.P. por Real Decreto 37/78
- Nace el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) para gestionar las prestaciones sanitarias gratuitas del Estado
- En 1979 se inician las transferencias a las CCAA

1980

- R.D. 137/1984 de estructuras básicas de salud. Nuevo Modelo de Atención Primaria.
- 1983 Se reúne la Comisión encargada de redactar el anteproyecto de Ley General de Sanidad. La preside Ernst Lluh
- **Ley 14/86 General de Sanidad**
- **Ley orgánica 3/86 de medidas especiales en salud pública**
- R.D. 521/87 Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los hospitales del INSALUD
- **R.D.1612/87 Traspaso funciones y servicios INSALUD-C.Valenciana**
- Ley 3-1989 por el que se amplía a dieciséis semanas el permiso por maternidad

- Ley orgánica 5/82 del **Estatuto de autonomía** de la Comunidad Valenciana
- En 1981 se inician las transferencias sanitarias a las CCAA (culmina en el 2001)
- Decreto 42/86 del Consell, define y estructura la Atención primaria en el ámbito de la Comunidad Valenciana
- **Ley 8/87 crea el Servicio Valenciano de Salud (SERVASA)**
- Decreto del Consell 46/88, de 12 de abril, establece el Reglamento de organización y funcionamiento del Servicio Valenciano de Salud
- Orden 6-6-89 de creación de Comisión del Mapa sanitario C.Valenciana
- Decreto 88/1989 de 12 de junio por el que se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria de las personas que carezcan de suficientes recursos económicos

1990

- **Ley 25/90 del Medicamento**
- **Informe "Abril Martorell" 1991**  
Acuerdo de la Subcomisión de Sanidad del Congreso de los Diputados de consolidación y modernización del Sistema
- R.D. 118/91 de Selección de personal estatutario y provisión de plazas en IISS de la SS (DEROGADO por el Decreto 1/99)
- Ley 30/92 de Régimen Jurídico Administraciones públicas y Procedimiento administrativo común (LRJAP-PAC)
- R.D. 429/93 Rgto procedimientos de AP sobre responsabilidad patrimonial
- R.D.1575/1993 por el que se regula la libre elección de médico general y pediatra en los servicios de atención primaria en el Insalud
- Ley 30/94 Ley de Fundaciones e incentivos fiscales a participación privada en actividades de interés g<sup>a</sup>
- **Acuerdo de financiación 94-97** (firmado el día 15 de diciembre de 1994, dentro del Consejo de Política Fiscal y Financiera y el 27 de noviembre de 1997 cuando se firma en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera)
- **Ley 13/95 de Contratos Administraciones públicas**
- Ley orgánica 10/1995 por el que se aprueba el Código Penal
- R.D. 63/95 de Ordenación de las prestaciones sanitarias del SNS
- R.D. 765/95, regula cuestiones de régimen de incentivos fiscales a participación privada en actividades de interés general

- La C.Valenciana asume la planificación de los programas de salud y la plena gestión económica y presupuestaria de la red sanitaria pública.
- Orden de 20/11/91 por la que se establece el Reglamento de Organización y funcionamiento de los Equipos de Atención
- Ley 6/93 de Presupuestos de la Generalitat Valenciana, **suprimió la figura del Servicio Valenciano de Salud**
- Decreto 243/93, 7-12 Plan territorial emergencia de C.Valenciana
- Decreto 60/95 18-4 Creación del registro y protectorado de Fundaciones de la Comunidad Valenciana

Actualizado a septiembre de 2006



## Normativa sanitaria: línea de tiempo

Cronograma con la normativa sanitaria más relevante desde el punto de vista organizativo y asistencial



Normativa estatal	Normativa autonómica valenciana
<ul style="list-style-type: none"><li>- R.D.Ley 10/96 sobre habilitación nuevas formas gestión INSALUD</li><li>- R.D. 8/1996 por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención especializada del Instituto Nacional de la Salud</li><li>- R.D. 316/96 Rgto fundaciones de competencia estatal (art 21 y 22)</li><li>- 11-6-96 Acuerdo del Congreso de la Subcomisión de Sanidad de consolidación y modernización del SNS</li><li>- Ley 6/97 Organización y funcionamiento de la Adm.Gª Estado (cubre lo no previsto en art 111 de la Ley 50/98)</li><li>- Ley 15/97 sobre habilitación de nuevas formas gestión en SNS (Le sirve de base el R.D.Ley 10/96)</li><li>- 27-11-97 Acuerdo 98-2001 del Consejo de Política fiscal y Financiera sobre financiación de los servicios de sanidad 1998-2001</li><li>- 18-12-97 Acuerdo de la Subcomisión parlamentaria para la reforma y modernización del SNS</li><li>- Plan estratégico del INSALUD 21-1-98 (elaborado entre agosto del 96 y Enero del 98)</li><li>- Ley 6/98 de ordenación farmacéutica</li><li>- Ley 29/98 Reguladora jurisdicción contencioso administrativa</li><li>- Ley 50/98 sobre medidas fiscales, administrativas y de orden social (artículo 111.8 "Fundaciones públicas sanitarias") Ley de acompañamiento de los Presupuestos de 1999</li><li>- Ley 59/98 Medidas fiscales, administrativas y de orden social</li><li>- Ley 30/1999, de 5 de octubre, de Selección y provisión de plazas de personal estatutario de los Servicios de Salud.</li><li>- R.D. Ley 1/99 Selección personal estatutario y provisión de plazas en las IISS</li><li>- R.D. Ley 12/1999, de 31 de julio, de Medidas urgentes para la contención del gasto farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Decreto 42/96 5-3 modifica el Decreto 60/95 (Fundaciones)</li><li>- Decreto Consell 186/96, 18-10 Reglamento Estructura, Organización y Funcionamiento de Atención especializada de la Conselleria.</li><li>- Decreto 168/97, 13-5 I Plan del SIDA de la C. Valenciana</li><li>- Decreto 238/1997, de 9 de septiembre, por el que se constituyen los órganos consultivos y de asesoramiento en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos</li><li>- Ley 6/98 22-6, Ordenación farmacéutica de la C.Valenciana</li><li>- Ley 8/1998, de 9 de diciembre, de fundaciones de la C.Valenciana</li></ul>
<b>2000</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- R.D. Ley 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del INSALUD</li><li>- Ley 16/2001, de 21 de noviembre, por la que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las Instituciones de la Seguridad Social de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud</li><li>- Ley 21/2001 de 27 de Diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las CCAA de régimen común de aquellas ciudades con Estatuto de autonomía. (Nuevo modelo de financiación autonómico)</li><li>- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica</li><li>- Culminan las transferencias sanitarias. Desaparece el INSALUD y nace el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Decreto 46/2001, de 27 de febrero, del Gobierno Valenciano, por el que se modifica el Decreto 87/1999, de 30 de julio, por el que se aprobó el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria, y el Decreto 198/1999, de 19 de octubre, que lo modificaba.</li><li>- Decreto 14/2002, de 8 de febrero, crear el Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias, SA. INACEPS</li></ul>

Actualizado a septiembre de 2006

## Normativa sanitaria: línea de tiempo

Cronograma con la normativa sanitaria más relevante desde el punto de vista organizativo y asistencial



### Normativa estatal

### Normativa autonómica valenciana

2003

- Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.
  - Ley 16/2003, de 28 de mayo, Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
  - Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias
  - Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud
  - Ley orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de medidas de protección integral contra la violencia de género
  - Ley 26/2005 de 26 de diciembre de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.
  - Ley orgánica 1/2006, de 10 de abril, de Reforma de la Ley Organica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana
- Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana
  - Decreto 7/2003 de 28 de enero por el que se aprueba el Reglamento de selección y provisión de plazas de personal estatutario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Generalitat Valenciana.
  - Ley 3/2003 del 14 de febrero de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana
  - Decreto legislativo 1/2003 de 1 de Abril por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley sobre Drogodependencias y otros trastornos adictivos.
  - Decreto 137/2003 de 13 de julio por el que se regula jornada y horarios de trabajo, permisos, licencias, vacaciones del personal al servicio.
  - Decreto 25/2005, de 4 de febrero del Consell por el que se aprueban los Estatutos reguladores de la Agencia Valenciana de Salud.
  - Decreto 26/2005 de 4 de febrero, del Consell de la Generalitat por el que se aprueba el Rgto orgánico y funcional de la Conselleria de Sanidad.
  - Decreto 77/2005, de 15 de abril, del Consell de la Generalitat, por el que se modifican los Estatutos de la Agencia Valenciana de Salud.
  - Ley 4/2005 de 17 de junio de Salud pública de la Comunidad Valenciana
  - Decreto 164/2005, de 4 de noviembre, del Consell de la Generalitat, por el que se modifican los Estatutos de la Agencia Valenciana de Salud.
  - Decreto 186/2005, de 2 de diciembre del Consell de la Generalitat, de modificación del Decreto 238/1997, de 9 de septiembre, por el que se constituyen los órganos consultivos y de asesoramiento en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, modificado parcialmente por el Decreto 136/2001, de 26 de julio
  - Decreto 191/2005, de 16 de diciembre, del Consell de la Generalitat, por el que se modifica el Decreto 97/1996, de 21 de mayo, por el que se adoptaron medidas excepcionales para eliminar las listas de espera quirúrgicas en el sistema sanitario de la Comunidad Valenciana
  - Ley 15/2005 Presupuestos de 2006 otorga a la AVS plena capacidad de actuación asignándole presupuesto propio
  - Decreto 1/2006, de 13 de enero, del Consell de la Generalitat, por el que se modifica el Decreto 26/2005, de 4 de febrero, por el que se aprobó el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad.
  - Acuerdo de 27 de enero de 2006, del Consell de la Generalitat, por el que se establece el programa de autoconcertación para la reducción de la lista de espera quirúrgica en el sistema sanitario de la Comunidad Valenciana
  - Decreto 37/2006, de 24 de marzo, del Consell de la Generalitat, por el que se regula la libre elección de facultativo y centro, en el ámbito de la Sanidad Pública de la C.Valenciana.

Actualizado a septiembre de 2006

## Normativa sanitaria: línea de tiempo

Cronograma con la normativa sanitaria más relevante desde el punto de vista organizativo y asistencial



### Normativa estatal

- Ley 14/2006 de 26 de mayo sobre técnicas de reproducción humana asistida
- R.D. 1030/2006 Cartera de servicios del SNS. Deroga el R.D. 63/95 de Ordenación de las prestaciones sanitarias del SNS
- Ley 29/2006 de 26 de julio de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE 178 de 27 de julio)
- Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula el Fondo de cohesión sanitaria
  
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica

### Normativa autonómica valenciana

- Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril, de Reforma de Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio
- Decreto 66/2006, de 12 de mayo por el que se aprueba el Sistema de carrera profesional en el ámbito de las Instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad.
- Ley 7/2006 de 9 de junio que modifica la Ley 6/98 22-6, Ordenación farmacéutica de la Comunidad Valenciana.
- Ley 7/2006, de 9 de junio, de la Generalitat, de modificación de la Ley 6/1998, de 22 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunitat Valenciana. (DOGV nº 5280, de 14/06/06)
- Decreto 154/2006 por el que se aprueba el II Plan de Salud de la Comunidad Valenciana
- Ley 12/2007, de 20 de marzo, de la Generalitat, de modificación de la ley 5/1983, de 30 de diciembre, de Gobierno
- Decreto 66/2006, de 12 de mayo, que aprobó el sistema de carrera profesional en el ámbito de las instituciones sanitarias
- Decreto 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana
- Decreto 85/2007, de 22 de junio, del Consell, aprueba el sistema de desarrollo profesional en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad
- Decreto 120/2007, de 27 de julio, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad
- 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
- Decreto 173/2007, de 5 de octubre, del Consell, por el que se aprueba el Sistema de Carrera Profesional del Personal de Salud Pública de la Conselleria de Sanidad

### 2008

- Ley 6-2008, de 2 de junio, de la Generalitat, de Aseguramiento Sanitario del Sistema Sanitario Público de la Comunitat Valenciana

## INSPECCIONES DE SERVICIOS SANITARIOS

Inspección	Domicilio	Teléfono	Fax
<b>ALICANTE</b>			
<b>ALACANT/ALICANTE</b>			
■ Inspección de farmacia Alicante	GERONA, 26- 5º 03000	96 593 89 06	96 593 76 10
■ Inspección de farmacia Alicante	GERONA, 26- 5º 03000	96 593 89 06	96 593 76 10
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	PL. DE ESPAÑA, 6 - 1ª 03010	96 647 85 98	96 647 85 90
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	PL. DE ESPAÑA, 6 03010	96 647 85 99	96 647 85 92
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 02	PL. DE ESPAÑA, 6 - 1ª 03010	96 647 86 03	96 647 85 93
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 02	PL. DE ESPAÑA, 6 03010	96 647 86 01	96 647 85 92
■ Inspección Territorial Alicante	GERONA, 26 03001	96 593 80 73	96 593 80 66
■ Unidad de Valoración Médica de Incapacidades	GERONA, 26 03001	96 593 80 15	96 593 80 66
<b>ALCOI/ALCOY</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	C/ ONOFRE JORDÀ, 21 03803	96 533 23 40	96 533 32 58
<b>BENIDORM</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	C/ TOMÁS ORTUÑO, 69 03500	96 687 89 07	96 687 89 02
<b>DÉNIA</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	Ptda. BENIADLA, S/N (HOSPITAL) 03700	96 557 98 88	96 557 98 14
<b>ELDA</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	C/ PADRE MANJÓN, 5 - 3 03600	96 538 21 90	96 538 64 15
<b>ELX/ELCHE</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	C/ JORGE JUAN, 46 - 1ª 03201	96 691 33 39	96 691 33 36
<b>ORIHUELA</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	AVDA. TEODOMIRO, 22 03300	96 690 40 14	96 690 40 10
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	AVDA. TEODOMIRO, 22 03300	96 690 40 14	96 690 40 10
<b>CASTELLÓN</b>			
<b>CASTELLÓ DE LA PLANA/CASTELLÓN DE LA PLANA</b>			
■ Inspección de farmacia Castellón	PL. HUERTO SOGUEROS, 12 12001	96 435 80 37	96 435 89 90
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	PL. HUERTO SOGUEROS, 12 12001	96.435.89.46	96 435 89 71
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	PL. HUERTO SOGUEROS, 12 12001	96.435.89.49	96 435 89 88
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 02	PL. HUERTO SOGUEROS, 12 12001	96 435 82 78	96 435 89 98
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 03	PL. HUERTO SOGUEROS, 12 12001	96 435 89 45	96 435 89 89
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 03	AVDA. DEL MAR, 12 12003	96.435.83.44	96 435 83 66
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 04	PL. HUERTO SOGUEROS, 12 12001	96.435.89.72	96 435 89 71
■ Inspección Territorial Castellón	PL. HUERTO SOGUEROS, 12 12001	96 435 89 33	96 435 89 84
■ Unidad de Valoración Médica de Incapacidades	PL. HUERTO SOGUEROS, 12 12001	96 435 89 50	96 435 89 90
<b>VILA-REAL/VILLARREAL</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 02	C/ ILLES COLUMBRETES, S/N 12540	96 439 09 62	96 439 09 65
<b>VINARÓS</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	C/ Arcipreste Bono, 22-2º 12500	96 447 75 15	96 447 75 14
<b>VALENCIA</b>			
<b>ALDAIA</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 02	C/ TRES DE ABRIL, 1 Bajo 46960	96 150 05 64	96 151 16 33
<b>ALZIRA</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 02	C/ LA PAU, S/N 46600	96 241 67 43	96 240 21 01
<b>BURJASSOT</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	C/ BERNAT I BALDOVI, 6-B 46100	96 363 59 67	96 390 18 44
<b>GANDIA</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	C/ BENICANENA, 52 46700	96 286 09 24	96 287 84 36

## INSPECCIONES DE SERVICIOS SANITARIOS

Inspección	Domicilio	Teléfono	Fax
<b>ONTINYENT</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 02	PL DE LA CORONACIÓ (BARRANQUET)	96 238 04 56	96 291 00 14
<b>PORT DE SAGUNT</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	C.E. AVDA. DE LA HISPANIDAD, S/N 465	96 261 71 10	96 261 71 98
<b>REQUENA</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	C/ CONSTITUCIÓN, 47 46340	96 230 33 63	96 230 24 12
<b>TORRENT</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 03	AVDA. SANTOS PATRONOS, 35 46900	96 192 48 53	96 192 48 66
<b>VALENCIA</b>			
■ Inspección de farmacia Valencia	C/ VILA BARBERÀ, 10 1º -pta 2 46007	96 341 31 87	96 380 89 46
■ Inspección de farmacia Valencia	C/ VILA BARBERÀ, 10 1º -pta 2 46007	96 341 31 87	96 380 89 46
■ Inspección de farmacia Valencia	C/ VILA BARBERÀ, 10 1º -pta 2 46007	96 341 31 87	96 380 89 46
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	C/ AMADEO DE SABOYA, 3 46010	963 93 76 78	963 93 76 89
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	C/ AMADEO DE SABOYA, 3 46010	96 393 76 78	96 393 76 89
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	C/ AMADEO DE SABOYA, 21 46010	96 387 03 50	96 387 03 57
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	C/ AMADEO DE SABOYA, 21 46010	96 387 03 60	96 387 03 68
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	C/ AMADEO DE SABOYA, 3 46010	96 393 76 76	96 393 76 90
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 02	C/ AMADEO DE SABOYA, 3 46010	96 393 70 02	96 393 76 89
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 02	C/ AMADEO DE SABOYA, 21 46010	96 387 03 70	96 387 03 78
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 02	C/ ALBORAYA, 19 46010	96.398.71.18	96.361.62.46
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 03	C/ MÉDICO FERNANDO MORAIS DE LA	96 331 85 40	96 330 50 18
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 03	C/ AMADEO DE SABOYA, 3 46010	96 393 76 88	96 393 76 90
■ Inspección Territorial Valencia	FERNANDO EL CATÓLICO, 74 46007	96 192 55 75	96 192 55 79
■ Unidad de Valoración Médica de Incapacidades	HOSPITAL LA FE-ESCUELA DE ENFERM	96 386 27 93	96 340 02 08
<b>XÀTIVA</b>			
■ Inspección de servicios sanitarios, Sección 01	PL. DEL ESPAÑOLETO, 13 46800	96 227 35 21	96 228 17 25

## El Plan de Inspección de la conselleria de Sanidad reforzará la supervisión de las bajas del personal sanitario

- El objetivo es garantizar a los ciudadanos la tranquilidad de que sean atendidos en un centro sanitario público o privado que reúna todas las condiciones de calidad
- El uso adecuado de la prestación farmacéutica y de productos sanitarios también será tutelado por la Inspección, mediante el seguimiento de la prescripción, dispensación y facturación.

**Valencia (27.1.05)** El conseller de Sanidad, Vicente Rambla, ha manifestado esta mañana que “el Plan de Inspección de Servicios Sanitarios hará especial hincapié en la supervisión de las bajas o incapacidad temporal del personal sanitario”

Rambla realizó estas declaraciones en el transcurso de la presentación del Plan de Inspección de Servicios Sanitarios 2005-2007, que tiene como objetivo “garantizar los derechos de los pacientes a una asistencia equitativa y de calidad en el Sistema Sanitario Valenciano, sea público o privado”, ha destacado el Conseller.

El titular de Sanidad ha explicado que el Plan de Inspección se estructura en siete campos o materias: la garantía de los derechos de los ciudadanos en el sistema sanitario, la asistencia sanitaria en centros y servicios, los sistemas de información, la eficiencia en el uso de las prestaciones sanitarias, la responsabilidad sanitaria, la prestación farmacéutica y las prestaciones de la Seguridad Social.



De este modo, la Inspección de Servicios Sanitarios velará por los derechos de los ciudadanos en la investigación sanitaria, en el cumplimiento del Plan de Salud, en la atención a sus reclamaciones y en materia de información al paciente y consentimiento informado.

Asimismo, también se velará por la asistencia sanitaria prestada a los ciudadanos en los centros sanitarios de la Comunidad Valenciana, sean públicos o privados, con especial dedicación a los centros participantes en el Plan de eliminación de listas de espera, a los centros concertados y a los grandes centros sanitarios privados.

Por otra parte, la Inspección también tutelaré los sistemas de información de la Conselleria de Sanidad y se responsabilizará del desarrollo y utilización del Mapa Sanitario.

En materia de aseguramiento de la eficiencia en el uso de las prestaciones sanitarias, se velará por la disponibilidad y calidad de las prestaciones sanitarias, es decir, por la correcta utilización de la cobertura o prestaciones sanitarias, actuando sobre las entidades proveedoras y tutelando el uso adecuado de las mismas.

En este sentido, la Inspección velará por la correcta utilización de la tarjeta SIP, de las prestaciones ortoprotésicas, del transporte sanitario, de los procedimientos de reintegro de gastos, de la asistencia sanitaria prestada en otros países, de la prestación de oxigenoterapia y ventiloterapia a domicilio y de la prestación farmacéutica.

La Inspección de Servicios Sanitarios también velará por el correcto funcionamiento de los servicios sanitarios, exigiendo las responsabilidades administrativas que procediesen, aportando la valoración técnica de los procedimientos de responsabilidad patrimonial y potenciando una adecuada gestión de riesgos sanitarios.

Para el conseller de Sanidad, "se trata de garantizar no sólo la calidad en la actuación sanitaria sino también la seguridad, anticiparnos a los riesgos que se pueden producir en un centro

sanitario, lo que evitará la responsabilidad sanitaria en nuestros servicios”, ha explicado Rambla.

El uso adecuado de la prestación farmacéutica y de productos sanitarios también será tutelado por la Inspección, mediante el seguimiento de la prescripción, la dispensación y la facturación.

En este sentido, Vicente Rambla ha destacado que “un volumen de gasto que supera los 1.000 millones de euros en nuestra Comunidad, lo que supone el 30% del presupuesto de la Sanidad y algo más del 10% de todo el presupuesto de la Generalitat Valenciana, requiere un seguimiento y una inspección concreta”.

### **Inspección sanitaria de la Incapacidad Temporal del personal de Instituciones Sanitarias**

El conseller de Sanidad ha manifestado que “se hará hincapié en el uso adecuado de la Incapacidad Temporal del personal de las Instituciones Sanitarias, con el objetivo de invertir la tendencia al alza y disminuir las jornadas perdidas por el personal sanitario para garantizar una asistencia sanitaria de la más alta calidad”.

En este sentido, el titular de Sanidad ha destacado que en la Comunidad Valenciana, “de las aproximadamente 50.000 personas que trabajan en la sanidad pública, anualmente se producen 24.000 procesos de baja temporal, lo que supone una media diaria del 8% en el índice de ausencias en la sanidad pública, cifra superior a la media en otros sectores de actividad”.

En relación a la incapacidad temporal, Vicente Rambla ha explicado que se desarrollará un plan específico de Inspección en tres años. “En el primer año, el Plan se centrará en la disminución del índice de absentismo hacia un valor de referencia de cada centro y en el segundo y sucesivos años, se tratará de que todos los centros converjan hacia un índice de absentismo más razonable o más parecido al de otros ámbitos de actividad”, ha explicado el Conseller.



# Actualitat del Consell

En materia de prestaciones de la Seguridad Social, la Inspección de Servicios Sanitarios velará por los derechos de los trabajadores, procurando la suficiencia del Sistema de Seguridad Social, propiciando un uso adecuado de la prestación de la Incapacidad Temporal, actuando coordinadamente con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y las Mutuas de Accidentes de Tráfico y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS).

Habrà 6 líneas de actuación en esta materia: por una parte, el control de la pertinencia de los procesos de incapacidad temporal, así como sobre los facultativos prescriptores de esos procesos; la coordinación con los centros de gestión, así como con la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y con el INSS. Otras líneas de actuación serán el introducir en los acuerdos de gestión el seguimiento de la incapacidad temporal.

Un total de 337 personas participarán en la realización del citado Plan: 85 inspectores médicos, 6 inspectores farmacéuticos, 46 enfermeros subinspectores y 200 personas que realizan funciones administrativas.



## **INTEGRACIÓN DE APLICACIONES SANITARIAS CON ABUCASIS-II**

*JuanMiguel Signes, Javier Duch, José Martínez, Carmen Ferrer, Rosa Garcia  
Área de Organización y Sistemas de Comunicación  
Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana*

### **SISTEMAS DE INFORMACIÓN CORPORATIVOS**

ABUCASIS-II no sólo es el proyecto de informatización de los procesos básicos de Atención Ambulatoria de la Sanidad Pública Valenciana. También es el primer exponente del Sistema de Información Sanitario de la Comunidad Valenciana (SIS-CV)

Bajo el paraguas del proyecto ABUCASIS-II se construye una infraestructura que permitirá integrar distintas aplicaciones que cubren aspectos particulares de la asistencia sanitaria pública valenciana.

En este contexto el concepto de integración va más allá de la mera comunicación entre aplicaciones. Con él queremos significar la interoperabilidad de los sistemas de información sanitarios, esto es, conseguir que cooperen en la resolución de los problemas que son competencia de la organización, compartiendo datos o servicios cuando el problema lo requiera.

Desde un punto de vista técnico, una de las consecuencias de la creación de un sistema de información corporativo es que los sistemas integrantes pasan de ser más o menos autónomos y generar y administrar su propia información a convertirse en potenciales proveedores de la misma, al tiempo que aumentan su dependencia de la proporcionada por otros sistemas. Estas relaciones de interdependencia tienen un impacto en las comunicaciones que va más allá de la dotación de infraestructuras con características de alta disponibilidad. Es preciso definir los elementos y las reglas de un lenguaje común que permita la cooperación entre las aplicaciones.

Los principales elementos de ese lenguaje los proporcionan las dos piezas clave de todo el entramado: el Sistema de Información Poblacional (SIP) y el Catálogo de Recursos Corporativos (CRC)

### **EL SISTEMA DE INFORMACIÓN POBLACIONAL**

El SIP es un registro administrativo que reúne los datos de identificación, localización y acreditación de prestaciones sanitarias de los ciudadanos valencianos, así como su relación con los servicios de salud.

Actualmente el SIP mantiene una base de datos con información sobre 4.4 millones de personas, lo que supone el 105,5 % de la población censada (INE 2001). Están conectados los Centros de Salud de las poblaciones con más de 1000 habitantes, a los que hay que añadir las Unidades de Afiliación y Validación, los hospitales y centros de especialidades, los Servicios Centrales de la Conselleria, las Direcciones de Área, las Inspecciones médicas, y las Direcciones de Salud Pública, lo que hace un total de 1.132 centros y 2.500 usuarios. El volumen diario de transacciones es del orden de 220.000.

### **EL CATÁLOGO DE RECURSOS CORPORATIVO**

El CRC está destinado a ser la fuente de información de referencia relevante para el resto de sistemas de la Conselleria. El CRC será también el repositorio primario de esta información: en caso de conflicto con otro sistema prevalecerá la del CRC.

La construcción del CRC exige a la Conselleria un esfuerzo importante de definición, normalización y clasificación. Muchas entidades tienen significados e identificadores distintos en casi cada uno de los ámbitos en que se utilizan. La interoperabilidad entre sistemas obliga a regular esta situación, a establecer una base común satisfactoria y aceptada por todas las partes que permita realizar intercambios fiables de datos. Las principales dificultades de esas tareas no son las puramente técnicas (informáticas). Desde un punto de vista corporativo, la importancia que tienen la creación y el mantenimiento del CRC apenas puede ser exagerada.

Entre las entidades representadas en el CRC están los centros sanitarios, con su organización geográfica y funcional y las múltiples relaciones que se establecen entre ellos, los servicios sanitarios que prestan, los profesionales que allí trabajan, los usuarios de las aplicaciones integradas, sus perfiles, las especialidades médicas...

El CRC se encuentra actualmente en fase de construcción. Las pruebas de comunicación realizadas hasta el momento han resultado satisfactorias. Su puesta en explotación coincidirá con la del proyecto Abucasis-II.

## LOS RETOS Y LA TECNOLOGÍA

La adopción del punto de vista corporativo y la consecuente integración de los sistemas de información sanitarios plantean muchos problemas. Entre aquellos cuya solución es dependiente de la tecnología merecen destacarse los siguientes:

- Gestión centralizada de usuarios. Durante una sesión es importante conseguir que los usuarios se identifiquen una sola vez en el sistema: al entrar en la primera aplicación y no cada vez que invoquen un servicio de una aplicación diferente. Para ello disponemos de un servicio de identificación centralizado (*Login Server*) que se encarga de validar las peticiones de conexión. Cada usuario tiene un perfil asignado en cada una de las aplicaciones que puede utilizar. Los perfiles se construyen en función de las tareas que desempeñan determinados grupos de usuarios y sirven para adaptar el sistema a sus necesidades concretas y también para controlar el acceso a los servicios. El número total de usuarios en el sistema será del orden de los 10.000, con una estimación de 6.000 usuarios concurrentes en las horas de mayor actividad.
- Interfaces de aplicación homogéneas y normalizadas. La normalización de las interfaces gráficas de las aplicaciones es importante para que los usuarios no perciban el salto que supone pasar de una aplicación a otra. Este aspecto cobra mayor relevancia en el caso de las aplicaciones que utilizan los servicios web prestados por otras. En esas ocasiones en la misma pantalla puede haber varias ventanas, cada una perteneciente a una aplicación distinta. Una de las claves para conseguir la homogenización de interfaces en aplicaciones *web* es separar contenidos de presentación mediante el uso de hojas de estilo en cascada. La normalización exige además disponer de una Guía de estilo plasmada, hasta donde ello sea posible, en una colección de hojas de estilo.
- Normalización de las estaciones clientes. Los requisitos de hardware y software de las aplicaciones definen un perfil mínimo que deben cumplir las estaciones cliente. En el caso de Abucasis-II se ha optado por renovar completamente el parque de estaciones cliente y se ha elegido como puesto piloto un ordenador personal securizado.
- La exigencia de adecuación a los estándares internacionales (los de la W3C para tecnologías *web*) es importante para evitar dependencias indeseables de plataformas o productos en lo que sería un retorno a los viejos malos tiempos de los sistemas propietarios.

- Firma digital avanzada. La validez jurídica de documentos y transacciones electrónicas (entre ellas las que reflejan actuaciones médicas) sólo se reconoce si están firmadas electrónicamente. Para hacerlo posible, las aplicaciones deben estar preparadas para manejar certificados X-509 y todo lo que conlleva la interacción con una infraestructura de clave pública. La Generalitat Valenciana ha constituido la autoridad certificadora PKI-GVA, que proporcionará los certificados.
- ? Alta disponibilidad en servidores e infraestructuras de comunicaciones. La integración también conlleva interdependencia y este es un punto crítico. Para garantizar en la medida de lo posible la continuidad en el servicio es menester replicar los elementos susceptibles de fallo, tanto en los equipos como en las redes. La ampliación de la red corporativa ARTERIAS-II proveerá de circuitos redundantes (o de backup) para la conexión con los distintos centros.
- ? Comunicación de las aplicaciones sanitarias con el CRC y con el SIP. Para cumplir su cometido ambas aplicaciones deben adaptarse a las posibilidades de comunicación de los sistemas y aplicaciones clientes. Esos sistemas van desde las aplicaciones legadas con más de diez años de edad hasta las más modernas basadas en tecnología *web*. En el siguiente apartado se describen los procedimientos más usados.

## PROCEDIMIENTOS DE COMUNICACIÓN.

Las soluciones en este terreno son variadas porque así lo son las aplicaciones que intervienen. Entre ellas están Abucasis-II, GAIA (Prescripción farmacéutica), RVN (Registro nominal de vacunas), Iris e Hígia (aplicaciones centrales de gestión en hospitales)... En cuanto a sus características tecnológicas van desde modernas aplicaciones *web* escritas en Java y con arquitectura J2EE (Abucasis-II), hasta otras con más de diez años de antigüedad escritas en lenguajes como Multibase o Informix-4gl, que son las típicas aplicaciones centralizadas que funcionan en modo carácter y a las que se conectan remotamente los usuarios usando emuladores de terminal (Iris e Hígia).

El repertorio de procedimientos incluye los servicios web, mensajería, replicación y exportación controladas de entidades del CRC e incluso acceso a procedimientos almacenados en la base de datos.

### Servicios Web

El mayor grado de integración entre aplicaciones lo conseguimos mediante el uso de servicios web. Esta tecnología permite utilizar determinadas funcionalidades (piezas de software, servicios) de una aplicación desde otras mediante protocolo HTTP de manera transparente para el usuario. Un ejemplo típico es la prescripción asistida en GAIA desde ABUCASIS-II. En otras palabras, cuando un médico atiende a un paciente, del mismo modo que consulta y anota sus observaciones en ABUCASIS-II, puede seleccionar un botón de una ventana para abrir otra, esta vez de GAIA, que le guiará en la prescripción de medicamentos, advirtiéndole de posibles incompatibilidades, alergias, dosificaciones, precios, etc. sin que tenga que identificarse en esta aplicación ni proporcionar información sobre el paciente, ya que esos datos se intercambian en segundo plano, de manera transparente para el médico.

**Mensajería IDEAS**

La mensajería IDEAS se usa sobre todo en los intercambios con las aplicaciones más antiguas. Por ejemplo, para correlacionar los datos de pacientes de IRIS e HIGIA con SIP. Ambas aplicaciones tienen más de diez años de antigüedad y hasta ahora han mantenido sus registros de pacientes de manera autónoma. La clave que se utiliza en los hospitales para identificar a los pacientes es el número de historia clínica. El problema es que se trata de un identificador local que propio de cada centro. No sirve como identificador en un contexto más amplio. El propósito principal es el de añadir el número SIP a las tablas de pacientes de los hospitales.

La sincronización con SIP de las bases de datos de los Centros de Salud con Abucasis-I también se realiza mediante comunicaciones con el protocolo IDEAS y supone el grueso de los 220.000 mensajes diarios que gestiona el SIP.

**Replicación controlada.**

La replicación controlada de entidades del CRC a otras bases de datos se justifica cuando el número de consultas a esas entidades es muy elevado y se pretende reducir el tráfico en la red y los tiempos de espera. Utilizamos este procedimiento para facilitar algunas consultas interactivas de entidades del CRC desde GAIA, SIP o ABUCASIS-II.

**Acceso a procedimientos almacenados en la base de datos.**

En algunos casos sacamos partido de la proximidad entre sistemas para proporcionar servicios mediante llamadas a procedimientos almacenados en la base de datos. Se realiza en contadas ocasiones y para servicios que se utilizan muy frecuentemente y que acceden a tablas que no pueden replicarse en otros sistemas. Es el caso de algunas consultas de datos de pacientes en el SIP.

