



UNIVERSITAT  
POLITÈCNICA  
DE VALÈNCIA



## **TRABAJO FINAL DE CARRERA**

# **Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.**



CONSORCI  
HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARI  
VALÈNCIA

**Patricia Fernández Montesinos**

**Valencia, Julio de 2012.**

Tutor: Andrés Carrión García (EIO-FADE).

Cotutor: Rubén Blasco Encinas (Responsable de Control de Gestión del CHGUV).

Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el  
Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

## **AGRADECIMIENTOS:**

A mi familia, por su cariño, ánimo y paciencia. Porque gracias a su apoyo y confianza el camino hasta aquí ha sido mucho más llevadero.

Al Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, por darme la oportunidad de desarrollar la labor que llevo allí a cabo y, en especial, a Rubén Blasco, cotutor del TFC y responsable de la beca de investigación que estoy realizando, por creer en mí y en mi trabajo.

A la FADE-UPV y a mi tutor, Andrés Carrión por permitirme desarrollar mis estudios y este proyecto de manera tan satisfactoria.

Por último, y no menos importante, a Julio, porque sin él y su ayuda, este trabajo no hubiese sido lo mismo.

Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el  
Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

## **ÍNDICE:**

<b>1.INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Resumen.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 Objeto del TFC y asignaturas relacionadas.....</b>	<b>18</b>
<b>1.3 Objetivos del TFC y metodología.....</b>	<b>23</b>
<b>2. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1 El Sistema Nacional de Salud: definición, concepto,     organización actual y estructura legal.....</b>	<b>29</b>
<b>2.2 Cifras más relevantes.....</b>	<b>37</b>
<b>2.2.1 La población.....</b>	<b>37</b>
<b>2.2.2 Recursos y actividad en el Sistema Nacional de Salud         (infraestructuras y equipamiento, personal sanitario y         utilización de servicios).....</b>	<b>43</b>
<b>2.2.3 Recursos económicos y gasto (recursos económicos del         SNS y gasto sanitario).....</b>	<b>52</b>
<b>2.2.4 Satisfacción con el sistema sanitario.....</b>	<b>54</b>
<b>2.2.5 Datos relevantes sobre la salud de los españoles         (morbilidad y esperanza de vida).....</b>	<b>55</b>
<b>2.3 Forma de organización en las CC.AA en materia de sanidad.....</b>	<b>57</b>
<b>2.3.1 Andalucía.....</b>	<b>57</b>
<b>2.3.2 Cataluña.....</b>	<b>60</b>
<b>2.3.3 Comunidad de Madrid.....</b>	<b>62</b>
<b>2.3.4 Comunidad Valenciana.....</b>	<b>64</b>

<b>2.4 CC.AA que ya han implantado Áreas de Gestión Clínica.....</b>	<b>67</b>
<b>2.4.1 Andalucía.....</b>	<b>67</b>
<b>2.4.2 Principado de Asturias.....</b>	<b>68</b>
<b>2.5 Tendencias. Análisis PEST+ DAFO.....</b>	<b>70</b>
<b>2.5.1 Tendencias.....</b>	<b>70</b>
<b>2.5.2 Análisis PEST.....</b>	<b>71</b>
<b>2.5.3 Análisis DAFO.....</b>	<b>85</b>
<b>3. NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN SANITARIA: LA GESTIÓN POR PROCESOS. LAS ÁREAS DE GESTIÓN CLÍNICA EN EL CHGUV.....</b>	<b>93</b>
<b>3.1 El Consorcio Hospital general Universitario de Valencia (CHGUV).....</b>	<b>93</b>
<b>3.1.1 Historia y evolución del CHGUV.....</b>	<b>93</b>
<b>3.1.2 El CHGUV en la actualidad.....</b>	<b>98</b>
<b>3.2 Definición y proceso de implantación.....</b>	<b>100</b>
<b>3.2.1 Definición.....</b>	<b>100</b>
<b>3.2.2 Proceso normativo de implantación.....</b>	<b>103</b>
<b>3.2.3 Ejemplo práctico del proceso de implantación: El caso del ICV.....</b>	<b>105</b>
<b>3.2.4 Proceso de implantación en la actualidad.....</b>	<b>109</b>

<b>3.3 Descripción técnica (funciones y tareas del técnico de gestión y ámbito de actuación).....</b>	<b>112</b>
<b>3.3.1 Funciones y tareas del técnico de gestión.....</b>	<b>112</b>
<b>3.3.2 Ámbito de actuación.....</b>	<b>123</b>
<b>3.4 Organización y recursos humanos: Organigrama y definición de funciones.....</b>	<b>124</b>
<b>3.5 Estructura legal.....</b>	<b>135</b>
<b>4. IMPACTO EN EL MODELO ASISTENCIAL Y REPERCUSIONES.....</b>	<b>145</b>
<b>5. PROPUESTA DE ACTUACIÓN. CONCLUSIONES.....</b>	<b>153</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>159</b>
<b>6.1 Libros.....</b>	<b>159</b>
<b>6.2 Apuntes.....</b>	<b>160</b>
<b>6.3 Informes.....</b>	<b>160</b>
<b>6.4 Páginas web.....</b>	<b>162</b>
<b>6.5 Cursos y conferencias.....</b>	<b>163</b>
<b>6.6 Normas.....</b>	<b>163</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>165</b>

## **ÍNDICE DE TABLAS:**

<b>Tabla 1. Competencias de las Administraciones Públicas en materia sanitaria.....</b>	<b>31</b>
<b>Tabla 2. Descripción de los principios de la gestión sanitaria.....</b>	<b>35</b>
<b>Tabla 3. Análisis de cifras totales de la población española.....</b>	<b>38</b>
<b>Tabla 4. Análisis de la población española por Comunidad Autónoma y sexo.....</b>	<b>39</b>
<b>Tabla 5. Análisis de cifras por rango de edad (porcentaje de representación).....</b>	<b>42</b>
<b>Tabla 6. Reparto de camas por hospital por Comunidad Autónoma.....</b>	<b>43</b>
<b>Tabla 7. Reparto de camas por dependencia funcional según tamaño.....</b>	<b>44</b>
<b>Tabla 8. Profesionales de la salud colegiados en España.....</b>	<b>45</b>
<b>Tabla 9.a. Profesionales sanitarios colegiados en 2010 por Comunidades Autónomas por rango de edad.....</b>	<b>46</b>
<b>Tabla 9.b. Profesionales sanitarios colegiados en 2010 por Comunidades Autónomas por rango de edad.....</b>	<b>47</b>
<b>Tabla 10. Pediatras por Comunidades Autónomas.....</b>	<b>50</b>
<b>Tabla 11. Hospitalización en el SNS por sexo y causa en 2007.....</b>	<b>51</b>
<b>Tabla 12. Presupuestos iniciales por Comunidad Autónoma (en millones de €).....</b>	<b>52</b>
<b>Tabla 13. Presupuestos iniciales por Comunidad Autónoma per cápita...</b>	<b>53</b>

<b>Tabla 14. Gasto sanitario (en millones de euros).....</b>	<b>53</b>
<b>Tabla 15. Porcentaje de gasto sanitario respecto del PIB.....</b>	<b>53</b>
<b>Tabla 16. Encuadramiento de las Áreas de Gestión Clínica.....</b>	<b>102</b>
<b>Tabla 17. Cronograma de la constitución del ICV.....</b>	<b>108</b>
<b>Tabla 18. Diferencias entre la Gestión por Procesos y la Gestión Tradicional.....</b>	<b>147</b>

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS:**

<b>Gráfico 1. Pirámide poblacional.....</b>	<b>41</b>
<b>Gráfico 2. Satisfacción con el SNS. 2006.....</b>	<b>54</b>
<b>Gráfico 3. Morbilidad 2010.....</b>	<b>55</b>
<b>Gráfico 4. Esperanza de vida en España (2010).....</b>	<b>55</b>
<b>Gráfico 5. Reparto del presupuesto inicial de 2012 del SAS.....</b>	<b>60</b>
<b>Gráfico 6. Reparto del presupuesto inicial de 2010 del CatSalut.....</b>	<b>62</b>
<b>Gráfico 7. Reparto del presupuesto inicial del 2012 del Servicio Madrileño de Salud.....</b>	<b>63</b>
<b>Gráfico 8. Evolución del presupuesto en Sanidad en Madrid 2003-2012 en millones de euros.....</b>	<b>64</b>
<b>Gráfico 9. Reparto del presupuesto inicial de 2011 de la Agencia Valenciana de Salud.....</b>	<b>65</b>
<b>Gráfico 10. Evolución del gasto sanitario por habitante.....</b>	<b>66</b>
<b>Gráfico 11. Evolución del PIB en España.....</b>	<b>78</b>
<b>Gráfico 12. Evolución del peso de la Sanidad en España sobre el PIB.....</b>	<b>78</b>
<b>Gráfico 13. Situación económica en España. Evolución desde 2007.....</b>	<b>79</b>
<b>Gráfico 14. Evolución del desempleo en España desde 2005.....</b>	<b>80</b>
<b>Gráfico 15. Previsión de la pirámide poblacional española.....</b>	<b>80</b>
<b>Gráfico 16. Afiliados a la Seguridad Social.....</b>	<b>81</b>

## **ÍNDICE DE ORGANIGRAMAS:**

<b>Organigrama 1. Estructura del Hospital General en el siglo XVII.....</b>	<b>95</b>
<b>Organigrama 2. Estructura del CHGUV.....</b>	<b>125</b>
<b>Organigrama 3. Modelo de organigrama de un Área de Gestión Clínica.....</b>	<b>126</b>

Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el  
Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

## **CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN**

### **1.1 . RESUMEN**

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

### **1.3 . OBJETIVOS DEL TFC Y METODOLOGÍA**

Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el  
Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

## **1. INTRODUCCIÓN:**

### **1.1 Resumen:**

Actualmente estamos viviendo una situación compleja que implica la necesidad de introducir cambios en la gestión de los recursos de los que disponemos. Una parte fundamental de este cambio puede y debe venir impulsado por el sector sanitario.

El sector sanitario español gastó en 2010, según el informe emitido por el Ministerio de Sanidad y Política Social en el período de la presidencia española en la Unión Europea, un total de 88.828 millones de euros de los cuales 63.768 millones de euros fueron consumidos por el gasto sanitario público. Este gasto representa un 40% del presupuesto de las Comunidades Autónomas, de ahí, la gran relevancia de la gestión de recursos en el sistema sanitario.

El nuevo modelo de gestión sanitaria que se desarrolla en este trabajo tiene como objetivos principales mejorar la eficacia y la eficiencia de los procesos que se realizan y de los recursos de los que se dispone, con la atención focalizada en el paciente (Patient Focused Care -PFC-), obteniendo así mejores resultados que beneficien tanto al paciente como al sistema.

Las Áreas de Gestión Clínica, nombre del modelo de gestión, están ya instauradas en Comunidades Autónomas como Andalucía, Principado de Asturias, Madrid o Cataluña con resultados positivos; y su implantación en nuestra Comunidad se está llevando a cabo, entre otros, en el Hospital General Universitario de Valencia. Este Hospital es el que servirá de modelo para estudiar el cambio que supone las nuevas formas de gestión y aquello que se pretende conseguir con su implantación, al igual que servirá de ejemplo a la hora de observar el impacto que esos cambios en la gestión producen sobre la estructura del mismo. La utilización de este ejemplo se debe a que desarrollo actividades directamente relacionadas con la “implantación del modelo de gestión clínica en servicios sanitarios”, a través de una beca de colaboración.

A lo largo de todo el trabajo, se quiere resaltar también la importancia de la existencia de gestores en el sistema sanitario ya que, sin su presencia, la implantación de la nueva gestión sería muy complicada.

Para poder organizar el estudio y desarrollo de las Áreas de Gestión Clínica (AGC) y el impacto que suponen sobre la estructura de costes, el Trabajo Fin de Carrera (TFC) se estructura de la siguiente manera:

Un primer capítulo a modo de introducción que comprende este resumen, el objeto del TFC y las asignaturas relacionadas que he utilizado para su desarrollo y los objetivos del TFC y su metodología.

Un segundo capítulo que recoge el estudio de la situación actual y profundiza en la organización y en las cifras más relevantes del Sistema Nacional de Salud; en las formas de organización en las Comunidades Autónomas (CC.AA) en materia de sanidad; en aquellas Comunidades que ya han implantado las Áreas de Gestión Sanitaria; y la realización de un análisis de tendencias a través de un análisis de Debilidades-Amenazas-Fortalezas-Oportunidades (DAFO) y un análisis Político-Económico-Social-Tecnológico (PEST).

El tercer capítulo resume la historia del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV) y profundiza en el concepto de la nueva Gestión Sanitaria definiendo sus características principales así como su proceso de implantación en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, haciendo especial hincapié en la gestión por procesos y su implantación siguiendo el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management). Además, este apartado incluye la descripción de las funciones del gestor y define su ámbito de actuación. Para completar esta sección se explica la organización de los recursos humanos del CHGUV y su estructura legal.

A lo largo del cuarto capítulo se estudia el impacto de las Áreas de Gestión Clínica en el modelo asistencial del Hospital así como sus repercusiones en el mismo. Este capítulo es el que desarrolla la gestión por procesos y la reingeniería, elementos básicos de la implantación de las AGC.

Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el  
Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

Por último, el TFC contiene unas conclusiones sobre la implantación de las nuevas formas de gestión en el sector sanitario e incluye, en los capítulos sexto y séptimo la bibliografía y los anexos respectivamente.

## **1.2 Objeto del TFC y justificación de las asignaturas relacionadas:**

### **Objeto:**

El objeto del TFC es el estudio del impacto de la gestión por procesos en el sistema sanitario, particularmente, conocer sus resultados en el sistema sanitario de la Comunidad Valenciana a través de su implantación en el Hospital General Universitario de Valencia.

Se pretende conocer si las Áreas de Gestión Clínica resultan eficaces y eficientes en la gestión del sistema sanitario autonómico y si podrían extrapolarse resultados a nivel estatal teniendo en cuenta las experiencias de otras Comunidades implicadas en este cambio en la gestión.

Para poder llevar a cabo este estudio se analizará la situación actual del sistema sanitario Español y de nuestra Comunidad y se analizará el entorno, tanto a nivel micro como a nivel macro del HGUV.

### **Justificación de las asignaturas relacionadas:**

## **Capítulo 2: Estudio de la situación actual.**

### **2.1 El Sistema Nacional de Salud: organización actual y cifras más relevantes.**

#### **➤ Tecnología de los Sistemas Sanitarios.**

Esta asignatura nos proporciona las bases para el adecuado conocimiento del sistema sanitario español y el sistema valenciano de salud y permite el estudio de las operaciones en los servicios de sanidad. Es uno de los pilares fundamentales sobre los que se estructura este trabajo ya que el que permite conocer el porqué del SNS y su funcionamiento.

## 2.2 Formas de organización en las CC.AA en materia de sanidad.

### ➤ **Tecnología de los Sistemas Sanitarios**

Esta materia nos proporciona las bases para el adecuado conocimiento del sistema sanitario español y el sistema valenciano de salud. Además proporciona la información necesaria para conocer y comprender la organización y la administración de los sistemas sanitarios.

### ➤ **Tecnología de los Servicios Públicos**

Esta asignatura permite conocer el estudio de las operaciones en los servicios de la Administración Pública así como su estructura y los requisitos necesarios para formar parte de ella. Resulta de gran interés ya que el TFC analiza en profundidad, entre otras, la sanidad pública en España y, más concretamente, en la Comunidad Valenciana.

## 2.4 Tendencias. Análisis DAFO y PEST.

### ➤ **Economía de la Empresa I**

Esta disciplina nos proporciona las bases para conocer la relación entre el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV) y su entorno, tanto a nivel económico como a nivel social y organizativo. Las herramientas adquiridas en esta asignatura nos permiten realizar un análisis profundo de todo lo que envuelve y afecta al CHGUV tanto de forma directa como indirecta.

### ➤ **Dirección Comercial**

Esta materia ofrece las herramientas necesarias para poder realizar un completo estudio del entorno en el que se encuentra el CHGUV y, con la información recabada, permite estudiar posibles tendencias a través de análisis DAFO.

### ➤ **Dirección Estratégica y Política de Empresa**

En esta asignatura se estudian las decisiones que definen las estrategias de una empresa teniendo en cuenta su tecnología y los servicios que ofrece fijando para ello objetivos a medio y largo plazo. Para poder llegar a la toma de decisiones, la información es parte fundamental del proceso por lo que disponer de las habilidades para obtenerla y tratarla es fundamental. A través de esta asignatura se pueden adquirir estas herramientas que hacen posible todo el proceso.

## **Capítulo 3: Nuevas formas de Gestión Sanitaria: la gestión por procesos. Las Áreas de Gestión Clínica en el CHGUV**

### **3.2 Definición y proceso de implantación.**

#### ➤ **Gestión de la Calidad**

Esta asignatura aporta algunas de las herramientas fundamentales para poder implantar las Áreas de Gestión Clínica (AGC).

Por un lado, ofrece los conocimientos que permiten reconocer los procesos y actividades que realiza el Hospital, lo cual es imprescindible en la primera parte del proceso de implantación de las AGC.

Por otro lado, una vez identificados dichos elementos, se tiene la base para la gestión por procesos, que es el pilar sobre el que se apoyan las AGC.

### **3.3 Descripción técnica: funciones y tareas del técnico de gestión y ámbito de actuación.**

#### ➤ **Contabilidad de Costes**

Esta materia muestra la importancia de la contabilidad, el análisis, la consolidación y la auditoría contable y de la información y las maneras de poder llevar a cabo todos estos procesos. En este capítulo, se profundiza en la aplicación de las diferentes herramientas utilizadas relacionadas, principalmente, con la contabilidad de costes.

➤ **Tecnología de los Sistemas Sanitarios**

En este apartado, esta materia es de gran importancia ya que son necesarios todos los conceptos de los indicadores que se desarrollan en la misma para poder entender su importancia y complejidad.

**3.4 Organización y recursos humanos.**

➤ **Dirección de Recursos Humanos**

Esta materia ofrece conocimientos relacionados con la dirección de recursos humanos como factor estratégico. Además, hace especial hincapié en las relaciones laborales y la estructuración de los puestos de trabajo así como en la importancia de las políticas de formación, la remuneración o la influencia de la tecnología en el trabajo. En este caso es muy importante conocer este campo ya que el HGUV tiene personal laboral y personal estatutario y es muy importante poder combinar ambos teniendo en cuenta las características de cada uno de ellos.

➤ **Legislación Laboral de la Empresa**

Esta asignatura ofrece las herramientas necesarias para conocer cuáles son los tipos de contratos que se pueden hacer en el Hospital, qué características tienen y qué implicaciones, obligaciones, derechos y responsabilidades acarrear. Conocer bien las diferencias existentes entre el personal (laboral o estatutario) facilitará la organización de los recursos humanos.

**3.5 Estructura legal.**

➤ **Derecho de la empresa**

En esta asignatura se estudia el ordenamiento jurídico así como las instituciones básicas de Derecho Civil, Mercantil, Fiscal y Laboral lo que nos permite conocer y comprender cuál es la estructura legal del CHGUV y entender sus características. Además, esta materia permite entender la personalidad jurídica del mismo.

## Capítulo 4: Impacto en el modelo asistencial y repercusiones.

### ➤ Gestión de la Calidad

En este apartado es fundamental ya que ofrece los conocimientos que permiten reconocer los procesos y actividades que realiza el Hospital, lo cual es imprescindible en la primera parte del proceso de implantación de las AGC.

Por otro lado, una vez identificados dichos elementos, se tiene la base para la gestión por procesos, que es el pilar sobre el que se apoyan las AGC.

### ➤ Dirección de Producción y Logística

En esta asignatura se desarrolló el concepto de gestión por procesos y cómo aplicarlo a diferentes entidades. Además, profundiza en la organización, pilar fundamental para poder implantar las AGC.

### ➤ Contabilidad de Costes

Esta materia muestra la importancia de la contabilidad, el análisis, la consolidación y la auditoría contable y de la información y las maneras de poder llevar a cabo todos estos procesos.

### 1.3. Objetivos del TFC y metodología:

#### Objetivos:

Los objetivos fundamentales de este TFC son dos.

En primer lugar, analizar el impacto de la gestión por procesos en el sistema sanitario y en segundo lugar, destacar la gran importancia de los gestores en un sector que puede parecer lejano a nuestra actividad.

- En lo que se refiere al primer objetivo, el TFC intenta mostrar que un cambio en la gestión de un gran ente, en este caso el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, puede reportar grandes beneficios para todos, empezando por el paciente. Se demuestra que la gestión por procesos resulta de gran utilidad en este campo y que sus resultados muestran una gran mejora en la eficacia y la eficiencia de los procesos que se llevan a cabo con los recursos disponibles.
- En cuanto al segundo objetivo, el trabajo quiere resaltar la trascendencia de la presencia de los gestores en el sistema sanitario, un sector que requiere de la gestión de una forma activa. La gestión es necesaria en todos los segmentos de actividad y, mucho más, en un segmento que supone entre un 30 y un 40% del presupuesto anual de las Comunidades Autónomas y que es responsable, en gran medida, de la calidad de vida de los habitantes de nuestro país.

Ambos objetivos intentan conseguirse a lo largo de los capítulos del TFC utilizando para ello las herramientas de las que disponemos; desde el estudio de la situación actual del sistema sanitario en nuestro país, pasando por el análisis de la gestión por procesos y finalizando con el estudio del impacto que los cambios propuestos suponen en la estructura del CHGUV.

#### Metodología:

La metodología seguida para el desarrollo del Trabajo Final de Carrera ha sido, por un lado, la consulta de fuentes de información primaria y, por otro lado, la consulta y el estudio de fuentes de información secundarias.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Las fuentes de información primaria han sido, principalmente, mi director de proyecto, Don Andrés Carrión García, y mi cotutor, Rubén Blasco Encinas.

Con mi director de proyecto he mantenido reuniones periódicas para estudiar de manera conjunta los puntos desarrollados en el TFC y así poder escuchar sus propuestas de mejora y conocer de primera mano su implicación en el sector sanitario y en la gestión por procesos, piezas clave del proyecto.

Con Rubén Blasco, mi cotutor, investigador principal de la beca de investigación relacionada con los nuevos modelos de gestión sanitaria, con la que estoy trabajando en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, he ido revisando la información que incluía en el trabajo y me ha ido aportando datos adecuados y fiables relacionados con el CHGUV.

En lo que se refiere a las fuentes de información secundaria, he recurrido a consultas de datos en internet en páginas relacionadas con el trabajo como el INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria) y a portales de los Servicios Sanitarios de las Comunidades Autónomas como el de la Conselleria (Valencia) o el EASP (Escuela Andaluza de Salud Pública), sin olvidar la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Además, he recurrido a los libros y los apuntes de las asignaturas mencionadas anteriormente para el correcto uso de las herramientas adquiridas a lo largo de la carrera.

Este proyecto se ha redactado de acuerdo con la normativa del Trabajo Fin de Carrera de la Licenciatura de ADE. El trabajo está relacionado con dichos estudios, basado en una problemática real y actual, procurando ser aplicable en los hospitales, centros de especialidades, centros de salud y demás estructuras del sistema sanitario español.

Con alguna variación sigo el índice propuesto en la normativa del TFC. Así pues, el trabajo consta de un Índice, Resumen, Objeto y Justificación de las Asignaturas Relacionadas, Objetivos y Metodología, Introducción/ Antecedentes (Estudio de la Situación Actual), Análisis DAFO, Descripción del modelos de Gestión por Procesos,

Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Organización y Recursos Humanos, Estructura Legal, Estudio del impacto en la estructura del costes, Propuesta de Actuación/ Conclusiones, Bibliografía y Anexos.

Las citas bibliográficas aparecen de acuerdo con las normas ISO 690/1987 de referencias bibliográficas e ISO 690-2/1997 de referencias bibliográficas sobre documentos electrónicos.

Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el  
Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

## **CAPÍTULO 2:**

### **ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL**

**2.1 EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: DEFINICIÓN,  
CONCEPTO, ORGANIZACIÓN ACTUAL Y  
ESTRUCTURA LEGAL**

**2.2 CIFRAS MÁS RELEVANTES**

**2.3 FORMA DE ORGANIZACIÓN EN LAS CC.AA EN  
MATERIA DE SANIDAD**

**2.4 CC.AA QUE YA HAN IMPLANTADO ÁREAS DE  
GESTIÓN CLÍNICA**

**2.5 TENDENCIAS. ANÁLISIS PEST+ DAFO**

Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el  
Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

## 2. ESTUDIO DE LA SITUACIÓN ACTUAL:

### 2.1. El Sistema Nacional de Salud: definición, concepto, organización actual y estructura legal

#### Definición:

Según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el Sistema Nacional de Salud (SNS) español es “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.”

#### Concepto:

El concepto de sistema sanitario implica la puesta en desarrollo de servicios de salud, tanto de carácter individual como colectivo, de las actuaciones necesarias para poder proporcionar los servicios sanitarios y de aquellas otras actuaciones encaminadas a influir en lo que otros sectores puedan hacer en beneficio de la salud, aunque ésta no sea el propósito primario de los mismos. Este enfoque va más allá de concebir el sistema de salud como un sistema de atención sanitaria.

Los componentes principales de nuestro sistema de salud son: la provisión de servicios; los profesionales de la salud; los sistemas de información; las tecnologías al servicio de la salud; la financiación; así como la organización y gobernanza del mismo y de sus servicios.

*Entendiendo la atención sanitaria como un bien común y no como un producto comercial, se genera una nueva forma de entender el sistema sanitario, vinculándolo al derecho de protección de la salud de la persona, al reforzamiento del sistema de salud desde el punto de vista de la equidad y a la prestación de este bien social esencial que ha de estar regida por el sector público, no por la ley del mercado (OMS, 2009).*

Un sistema sanitario es mucho más que un sistema encaminado a tratar la enfermedad: contribuye no sólo a la mejora de la salud, sino que es un sector

productivo, ya que genera un impacto positivo en los niveles de salud, pero también en los niveles de bienestar y riqueza, en la productividad económica y de conocimiento de la sociedad. Por tanto, podríamos decir que existe una relación directa entre la salud – sistema sanitario – y la riqueza. De esta manera, se puede entender el sistema de salud como capital social y como capital científico.

La configuración del sistema sanitario, su organización y su gobernanza, se construyen en base a la visión y a las estrategias. Éstas se fundamentan en valores en torno a los que se articula tanto la forma de concebir el sistema como la provisión de sus servicios, sus acciones y sus componentes. Los valores que definen la mayoría de las acciones organizativa en el Sistema Nacional de Salud son: universalidad, equidad, sostenibilidad, transparencia, innovación, enfoque preventivo y de promoción, compromiso con la calidad, accesibilidad, satisfacción ciudadana, personalización, participación, trabajo en equipo, reconocimiento profesional, motivación, corresponsabilidad y servicio público.

Por último, hay que mencionar la dimensión descentralizada que tiene nuestro sistema sanitario, en el marco del Sistema Nacional de Salud. Esta característica incorpora la dimensión regional en la perspectiva de análisis, como elemento diferenciador de proximidad, accesibilidad y eficiencia de la organización sanitaria, desde el punto de vista de los recursos y desde el punto de vista de los resultados en salud.

### **Organización actual y estructura legal:**

En la Constitución Española de 1978 es el artículo 43, capítulo III, el que hace referencia a este aspecto y dicta lo siguiente:

- 1) *Se reconoce el derecho a la protección de la salud.*
- 2) *Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.*
- 3) *Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.*

Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho se concretan en:

- 1) *Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.*
- 2) *Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.*
- 3) *Descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas.*
- 4) *Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.*
- 5) *Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.*

Según el consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), guiado por la Ley General de Sanidad 14/1986 (artículos 38-42 ambos inclusive), las competencias de las administraciones públicas en materia sanitaria quedan repartidas de la siguiente manera:

Tabla 1. Competencias de las Administraciones Públicas en materia sanitaria.

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS	FUNCIONES
ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO	<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 del INGESA.</li></ul>
COMUNIDADES AUTÓNOMAS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Planificación sanitaria.</li><li>- Salud pública.</li><li>- Gestión de servicios de salud.</li></ul>
CORPORACIONES LOCALES	<ul style="list-style-type: none"><li>- Salubridad.</li><li>- Colaboración en la gestión de servicios públicos.</li></ul>

Fuente: Ministerio de de Sanidad, Política Social e Igualdad.2012. Elaboración propia.

Desarrollada la tabla anterior, y basándola en la los artículos que se nombran, las competencias en materia sanitaria serían las siguientes:

- **Estado (Artículos 38, 39 y 40):**

- Bases y coordinación general: persiguen la mayor igualdad posible en las condiciones de funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, estableciendo para ello unas normas y unos requisitos mínimos de obligado cumplimiento. Estas medidas incluyen la puesta en funcionamiento de unos medios y sistemas de relación que faciliten la reciprocidad de la información, la semejanza técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y autonómicas en el ejercicio de sus respectivas competencias.
- Las actividades de sanidad exterior: debido al creciente flujo de mercancías (importación, exportación y tránsito) y del tráfico internacional de viajeros se realizan diversas actuaciones en materia de vigilancia y control para evitar los posibles riesgos existentes para la salud. España colabora con otros países y organismos internacionales a través de acuerdos sanitarios internacionales en los siguientes aspectos:
  - Control de epidemias.
  - Lucha contra las enfermedades transmisibles.
  - Conservación de un medio ambiente saludable.
  - Elaboración, perfeccionamiento y puesta en práctica de normativas internacionales.
  - Investigación biomédica y todas aquellas acciones que se acuerden por estimarse beneficiosas para las partes en el campo de la salud.
- En relación con los productos farmacéuticos, las competencias que corresponden al Estado son las siguientes:
  - Legislación sobre productos farmacéuticos.

Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

- Evaluación, autorización y registro de medicamentos de uso humano, medicamentos de uso veterinario y productos sanitarios.
- Decisión sobre la financiación pública y fijación del precio de los medicamentos y productos sanitarios.
- Garantizar el depósito de sustancias estupefacientes de acuerdo con lo dispuesto en los tratados internacionales.
- Importación de medicación extranjera y urgente no autorizada en España.
- Mantener un depósito estatal estratégico de medicamentos y productos sanitarios para emergencias y catástrofes.
- Adquisición y distribución de medicamentos y productos sanitarios para programas de cooperación internacional.
- Los principios y criterios sustantivos para fomentar el uso racional del medicamento, se encuentran en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, con la que asegurar la calidad de la prestación en todo el Sistema Nacional de Salud en un marco descentralizado, de tal manera que se cumpla el objetivo central de que todos los ciudadanos sigan teniendo acceso al medicamento que necesiten, cuando y donde lo necesiten, en condiciones de efectividad y seguridad.
- La Administración del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, y en coordinación con éstas, en su caso, desarrolla igualmente actuaciones en materia de:
- Control sanitario del medio ambiente y de alimentos, servicios o productos directa o indirectamente relacionados con el uso y consumo humanos.
- Reglamentación, autorización y registro u homologación de los medicamentos de uso humano y veterinario y, sobre los primeros, ejerce las competencias de inspección y control de calidad.

- Determinación, con carácter general, de las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios.
- Fomento de la calidad en el Sistema Nacional de Salud.
- Formación sanitaria especializada en centros y unidades docentes acreditados al efecto.
- Establecimiento del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.
- Gestión del INGESA: El **Instituto Nacional de Gestión Sanitaria** “surge a raíz del Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, que modifica y desarrolla la estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, considerando imprescindible la adaptación del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) en una entidad de menor dimensión, conservando la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, la naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social y las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, que pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.” Siendo el Estado el único que puede encargarse de la gestión de dicho instituto.

- **Comunidades Autónomas (Artículo 41):**

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.

La Administración Central del Estado mantiene, a través de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria -INGESA -, la gestión de la sanidad en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

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

Tabla 2. Descripción de los principios de la gestión sanitaria.

PRINCIPIOS	DESCRIPCIÓN
EQUIDAD	Acceso a las prestaciones y el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio y libre circulación de todos los ciudadanos.
CALIDAD	De evaluación del beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud, implicando al Sistema sanitario.
PARTICIPACIÓN	Ciudadana tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como usuarios del Sistema sanitario.

Fuente: Ministerio de de Sanidad, Política Social e Igualdad.2012. Elaboración propia.

- **Corporaciones locales (Artículo 42):**

- 1) *Las normas de las Comunidades Autónomas, al disponer sobre la organización de sus respectivos servicios de salud, deberán tener en cuenta las responsabilidades y competencias de las provincias, municipios y demás Administraciones territoriales intracomunitarias, de acuerdo con lo establecido en los Estatutos de Autonomía, la Ley de Régimen Local y la presente Ley.*
- 2) *Las Corporaciones Locales participarán en los órganos de dirección de las áreas de salud.*
- 3) *No obstante, los Ayuntamientos, sin perjuicio de las competencias de las demás Administraciones públicas, tendrán las siguientes responsabilidades mínimas en relación al obligado cumplimiento de las normas y planes sanitarios:*
  - a. *Control sanitario del medio ambiente: contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales.*
  - b. *Control sanitario de industrias, actividades y servicios, transportes, ruidos y vibraciones.*
  - c. *Control sanitario de edificios y lugares de vivienda y convivencia humana, especialmente de los centros de alimentación, peluquerías, saunas y centros*

*de higiene personal, hoteles y centros residenciales, escuelas, campamentos turísticos y áreas de actividad físico deportivas y de recreo.*

*d. Control sanitario de la distribución y suministro de alimentos, bebidas y demás productos, directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humanos, así como los medios de su transporte.*

*e. Control sanitario de los cementerios y policía sanitaria mortuoria.*

*4) Para el desarrollo de las funciones relacionadas en el apartado anterior, los Ayuntamientos deberán recabar el apoyo técnico del personal y medios de las áreas de salud en cuya demarcación estén comprendidos.*

*5) El personal sanitario de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas que preste apoyo a los Ayuntamientos en los asuntos relacionados en el apartado 3 tendrá la consideración, a estos solos efectos, de personal al servicio de los mismos, con sus obligadas consecuencias en cuanto a régimen de recursos y responsabilidad personales y patrimoniales.*

## 2.2. Cifras más relevantes:

Según el anexo D del informe emitido por España en 2010 durante su período en la presidencia de la Unión Europea, entre los indicadores de las cifras más relevantes del Sistema Nacional de Salud se encuentran las siguientes:

- 2.2.1. La población;
- 2.2.2. Recursos y actividad en el Sistema Nacional de Salud (infraestructuras y equipamiento, personal sanitario y utilización de servicios);
- 2.2.3. Recursos económicos y gasto (recursos económicos del SNS y gasto sanitario);
- 2.2.4. Satisfacción con el sistema sanitario;
- 2.2.5. Datos relevantes sobre la salud de los españoles (morbilidad y esperanza de vida).

El INE recoge toda esta información actualizada a 1 de Enero de 2012.

### 2.2.1. La población:

En lo que se refiere a la población analizaremos los datos por Comunidades Autónomas y atenderemos a cifras totales, cifras por sexo y cifras por rango de edad para poder entender mejor el desarrollo de nuestra sociedad y de nuestro sistema sanitario.

Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Tabla 3. Análisis de cifras totales de la población española.

CCAA/Año	2007	2008	2009	2010	2011
Andalucía	8.046.131	8.150.467	8.206.076	8.256.297	8.286.376
Aragón	1.297.581	1.313.735	1.313.021	1.314.906	1.314.871
P. de Asturias	1.059.136	1.058.923	1.058.116	1.055.557	1.052.707
Islas Baleares	1.045.008	1.070.066	1.079.089	1.088.514	1.094.269
Canarias	2.041.468	2.076.585	2.088.214	2.100.235	2.114.214
Cantabria	570.613	576.418	577.995	578.632	578.901
Castilla y León	2.501.860	2.510.545	2.499.159	2.491.420	2.479.328
Castilla - La Mancha	1.977.596	2.022.647	2.035.510	2.046.717	2.050.815
Cataluña	7.238.051	7.290.292	7.301.132	7.333.530	7.318.520
C. Valenciana	4.892.475	4.991.789	4.994.340	5.004.475	5.011.548
Extremadura	1.078.908	1.080.439	1.082.796	1.083.259	1.083.067
Galicia	2.735.078	2.738.930	2.738.591	2.736.636	2.728.903
C. de Madrid	6.189.297	6.295.011	6.335.780	6.369.167	6.387.824
R. de Murcia	1.411.623	1.443.383	1.460.671	1.468.127	1.476.344
C. F. de Navarra	606.234	614.526	619.013	622.125	624.606
Pais Vasco	2.138.739	2.136.061	2.138.590	2.140.339	2.128.398
La Rioja	311.773	315.718	314.009	313.149	312.206
Ceuta	71.989	72.561	74.399	75.763	76.981
Melilla	69.699	70.076	72.514	74.078	76.399
<b>Total España</b>	<b>45.283.259</b>	<b>45.828.172</b>	<b>45.989.015</b>	<b>46.152.926</b>	<b>46.196.277</b>

Fuente: INE. 2012. Elaboración propia.

Si analizamos las cifras referentes al total de la población española podemos observar que se ha producido un aumento aproximado de un millón de personas desde 2007 hasta 2011 lo que significa que hay más gente que puede necesitar de los recursos del Sistema Nacional de Salud.

Si estudiamos de manera desglosada el crecimiento observado en la tabla 4 podemos observar que, a grandes rasgos, se produce un aumento tanto en el número de hombres como de mujeres, siendo el incremento total en el número de hombres en el periodo 2007-2011 de 348.562 y 564.459 mujeres.

Tabla 4. Análisis de la población española por Comunidad Autónoma y sexo.

Año	2007		2008		2009		2010		2011	
	Hombres	Mujeres								
<b>CCAA</b>										
Andalucía	3.985.154	4.060.977	4.038.102	4.112.365	4.063.574	4.142.502	4.086.994	4.169.303	4.097.921	4.188.455
Aragón	646.511	651.070	655.401	658.334	653.212	659.809	652.637	662.269	651.399	663.472
P. de Asturias	506.593	552.543	506.374	552.549	505.762	552.354	504.233	551.324	502.541	550.166
Islas Baleares	523.605	521.403	536.900	533.166	540.957	538.132	545.059	543.455	547.114	547.155
Canarias	1.021.438	1.020.030	1.038.603	1.037.982	1.042.650	1.045.564	1.047.201	1.053.034	1.052.707	1.061.507
Cantabria	278.971	291.642	282.017	294.401	282.413	295.582	282.263	296.368	282.058	296.843
Castilla y León	1.235.990	1.265.870	1.241.349	1.269.196	1.233.813	1.265.346	1.229.305	1.262.115	1.222.644	1.256.684
Castilla - La Mancha	995.127	982.469	1.020.190	1.002.457	1.025.120	1.010.390	1.029.344	1.017.373	1.030.676	1.020.139
Cataluña	3.584.002	3.654.049	3.603.317	3.686.975	3.598.276	3.702.855	3.606.671	3.726.859	3.583.650	3.734.870
C. Valenciana	2.435.164	2.457.311	2.486.037	2.505.752	2.482.115	2.512.225	2.484.090	2.520.384	2.484.485	2.527.064
Extremadura	535.331	543.577	535.728	544.711	536.918	545.878	537.209	546.050	537.040	546.027
Galicia	1.316.976	1.418.102	1.319.329	1.419.601	1.318.965	1.419.625	1.317.910	1.418.726	1.314.240	1.414.664
C. de Madrid	3.003.001	3.186.296	3.055.881	3.239.130	3.068.996	3.266.784	3.078.742	3.290.425	3.081.302	3.306.522
R. de Murcia	715.072	696.551	731.883	711.500	740.179	720.492	742.778	725.349	746.083	730.261
C. F. de Navarra	302.207	304.027	306.480	308.046	308.242	310.772	309.367	312.759	309.654	314.952
País Vasco	1.044.490	1.094.249	1.041.279	1.094.782	1.040.966	1.097.625	1.040.267	1.100.072	1.030.343	1.098.055
La Rioja	156.846	154.927	158.590	157.128	156.688	157.321	155.508	157.640	154.415	157.791
Ceuta	36.008	35.981	36.284	36.277	37.404	36.995	38.076	37.687	38.603	38.378
Melilla	34.396	35.303	34.700	35.376	36.172	36.342	37.210	36.868	38.569	37.831
<b>Total España</b>	<b>22.356.882</b>	<b>22.926.377</b>	<b>22.628.444</b>	<b>23.199.728</b>	<b>22.672.422</b>	<b>23.316.593</b>	<b>22.724.864</b>	<b>23.428.060</b>	<b>22.705.444</b>	<b>23.490.836</b>

Fuente: INE. 2012. Elaboración propia.

Si comparamos el mismo periodo (2007-2011) por Comunidades Autónomas podemos destacar que Andalucía, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana son las que más aumentan su población mientras que Castilla y León, el País Vasco y el Principado de Asturias decrecen.

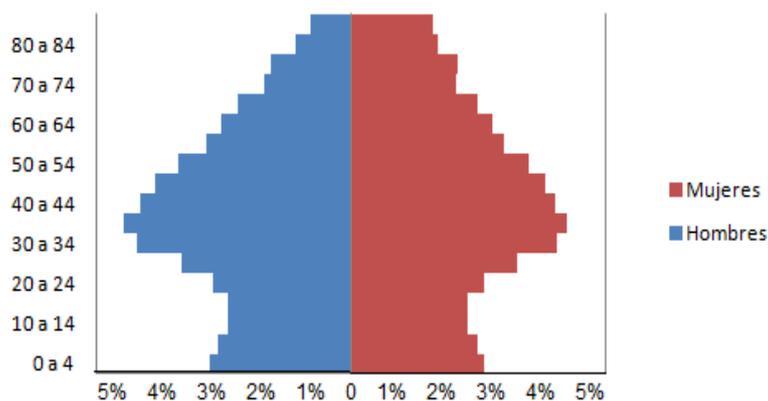
Este análisis nos permite conocer la evolución poblacional que ha sufrido nuestro país y dónde se han producido los cambios más significativos. Conociendo la distribución de la población y su progreso podremos distribuir mejor los recursos sanitarios existentes.

Otro factor fundamental que va a determinar la estructura del sistema sanitario es la edad de la población. Dicha información viene dada en la tabla 5 y de ella se desprende lo siguiente:

- Los niños (0 a 14 años) representaban en 2007 el 14,62% de la población mientras que en 2011 representan el 15,21%.
- Los jóvenes (15 a 29 años) significaban en 2007 el 19,26% de la población y en 2011 el 16,63%.
- Los adultos (30 a 64 años) suponían en 2007 el 49,52% de la población mientras que en 2011 supusieron el 50,78% de la misma.
- Y por último, los mayores de 65 años representaron en 2007 el 16,61% y en 2011 el 17,38%.

Esta información refleja un país con una pirámide poblacional (gráfico 1) desequilibrada. A pesar de que la población infantil ha aumentado ligeramente a lo largo de este período, aún ha crecido más el porcentaje de población mayor de 65 años. Además, la población joven y adulta (los que están en edad de trabajar) ha pasado del 68,77% al 67,41%.

Gráfico 1. Pirámide poblacional 2011.



Fuente: INE. 2012. Elaboración propia.

Por tanto, tras el análisis de estas tres tablas y de la pirámide poblacional, podemos concluir que la población española sigue una tendencia de ligero crecimiento (especialmente en Andalucía, C. de Madrid y C. Valenciana) pero que no se debe tanto a un incremento en la tasa de natalidad como al aumento de la esperanza de vida, lo cual obliga a replantearse algunos puntos en lo que al sistema sanitario se refiere ya que tendemos hacia una población de avanzada edad con enfermedades crónicas, para lo que el sistema no está preparado.

Tabla 5. Análisis de cifras por rango de edad (porcentaje de representación).

Año	2007		2008		2009		2010		2011	
	Hombres	Mujeres								
0 a 4	2,69%	2,54%	2,72%	2,56%	2,75%	2,60%	2,77%	2,61%	2,77%	2,61%
5 a 9	2,46%	2,33%	2,52%	2,38%	2,57%	2,43%	2,60%	2,46%	2,63%	2,48%
10 a 14	2,36%	2,24%	2,35%	2,23%	2,36%	2,24%	2,39%	2,26%	2,43%	2,30%
15 a 19	2,59%	2,45%	2,55%	2,41%	2,50%	2,37%	2,46%	2,33%	2,42%	2,30%
20 a 24	3,14%	3,01%	3,03%	2,90%	2,90%	2,79%	2,80%	2,70%	2,71%	2,63%
25 a 29	4,16%	3,90%	3,99%	3,77%	3,75%	3,60%	3,53%	3,42%	3,32%	3,26%
30 a 34	4,63%	4,29%	4,62%	4,29%	4,53%	4,24%	4,40%	4,16%	4,22%	4,04%
35 a 39	4,35%	4,10%	4,40%	4,13%	4,42%	4,16%	4,45%	4,19%	4,45%	4,22%
40 a 44	4,04%	3,93%	4,08%	3,95%	4,10%	3,97%	4,12%	3,99%	4,14%	4,01%
45 a 49	3,63%	3,62%	3,68%	3,67%	3,73%	3,72%	3,78%	3,77%	3,83%	3,82%
50 a 54	3,09%	3,15%	3,16%	3,23%	3,24%	3,31%	3,32%	3,40%	3,39%	3,47%
55 a 59	2,72%	2,85%	2,73%	2,85%	2,76%	2,88%	2,80%	2,93%	2,86%	2,99%
60 a 64	2,46%	2,65%	2,49%	2,69%	2,52%	2,72%	2,54%	2,75%	2,56%	2,76%
65 a 69	1,98%	2,22%	2,00%	2,24%	2,07%	2,31%	2,15%	2,40%	2,23%	2,49%
70 a 74	1,87%	2,28%	1,81%	2,20%	1,76%	2,13%	1,71%	2,06%	1,71%	2,05%
75 a 79	1,56%	2,11%	1,57%	2,11%	1,59%	2,13%	1,59%	2,12%	1,58%	2,10%
80 a 84	1,00%	1,58%	1,01%	1,60%	1,04%	1,63%	1,07%	1,67%	1,10%	1,71%
85 y más	0,64%	1,38%	0,67%	1,43%	0,71%	1,49%	0,75%	1,54%	0,79%	1,61%
<b>Total España</b>	<b>49,37%</b>	<b>50,63%</b>	<b>49,38%</b>	<b>50,62%</b>	<b>49,30%</b>	<b>50,70%</b>	<b>49,24%</b>	<b>50,76%</b>	<b>49,15%</b>	<b>50,85%</b>

Fuente: INE. 2012. Elaboración propia.

## 2.2.2. Recursos y actividad en el Sistema Nacional de Salud (infraestructuras y equipamiento, personal sanitario y utilización de servicios);

### - Infraestructuras y equipamiento:

Tabla 6. Reparto de camas por hospital por Comunidad Autónoma.

	Hasta 99 camas		100-199 camas		200-499 camas		500 o más camas		Total	
	Hospitales	Camas	Hospitales	Camas	Hospitales	Camas	Hospitales	Camas	Hospitales	Camas
Andalucía	48	2.099	21	2.814	20	5.555	13	11.462	102	21.930
Aragón	11	476	10	1.407	6	1.464	2	2.113	29	5.460
P. de Asturias	8	408	5	655	6	1.818	1	1.289	20	4.170
Islas Baleares	8	398	9	1.359	4	1.063	1	799	22	3.619
Canarias	18	1.214	12	1.958	4	998	4	3.479	38	7.649
Cantabria	1	30	4	453	2	697	1	929	8	2.109
C.-La Mancha	14	670	10	1.385	5	1.731	3	2.076	32	5.862
Cast. Y León	14	818	10	1.209	6	2.053	7	5.458	37	9.538
Cataluña	95	4.299	71	9.816	37	11.811	10	7.867	213	33.793
C.Valenciana	20	946	16	2.190	20	5.986	7	5.076	63	14.198
Extremadura	7	277	3	335	6	1.970	2	1.522	18	4.104
Galicia	23	1.331	7	851	4	1.038	7	7.205	41	10.425
Madrid	25	1.932	27	4.032	16	5.185	12	10.291	80	21.440
R. de Murcia	10	610	11	1.471	3	1.025	2	1.464	26	4.570
C. F. Navarra	4	147	5	822	1	350	1	1.095	11	2.414
País Vasco	19	1.030	14	1.822	8	2.674	3	2.830	44	8.356
La Rioja	3	214	1	140	0	0	1	577	5	931
Ceuta	1	50	0	0	1	252	0	0	2	302
Melilla	0	0	1	170	0	0	0	0	1	170
<b>Total</b>	<b>329</b>	<b>16.949</b>	<b>237</b>	<b>32.889</b>	<b>149</b>	<b>45.670</b>	<b>77</b>	<b>65.532</b>	<b>792</b>	<b>161.040</b>

Fuente: INE. Año 2011, actualizado a 31 de diciembre de 2010. Elaboración propia.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Tabla 7. Reparto de camas por dependencia funcional según tamaño.

DEPENDENCIA FUNCIONAL	Hasta 99 camas		100-199 camas		200-499 camas		500 o más camas		Total	
	Hospitales	Camas	Hospitales	Camas	Hospitales	Camas	Hospitales	Camas	Hospitales	Camas
SNS	47	2.593	65	8.997	80	25.355	65	57.503	257	94.448
Admón. Penitenciaria	1	26	0	0	1	432	0	0	2	458
CCAA	4	178	4	544	0	0	0	0	8	722
Diputación o Cabildo	6	464	3	465	2	467	0	0	11	1.396
Municipio	1	41	0	0	2	563	0	0	3	604
Otros públicos	9	389	13	1.802	14	4.377	3	2.202	39	8.770
MATEP	15	545	5	673	1	230	0	0	21	1.448
Privado - benéfico (Cruz Roja)	3	197	2	249	0	0	0	0	5	446
Privado - benéfico (Iglesia)	17	947	21	3.233	13	4.320	3	2.126	54	10.626
Otro privado - benéfico	24	1.446	29	3.993	8	2.255	1	644	62	8.338
Privado no benéfico	201	10.073	95	12.933	24	6.430	4	2.537	324	31.973
Otra	0	0	0	0	2	816	0	0	2	816
Ministerio de Defensa	1	50	0	0	2	425	1	520	4	995
<b>Total Nacional</b>	<b>329</b>	<b>16.949</b>	<b>237</b>	<b>32.889</b>	<b>149</b>	<b>45.670</b>	<b>77</b>	<b>65.532</b>	<b>792</b>	<b>161.040</b>

Fuente: INE. Año 2011, actualizado a 31 de diciembre de 2010. Elaboración propia.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Por tanto, el sistema de salud cuenta con 161.400 camas, de las cuales 94.448 pertenecen al Sistema Nacional de Salud y el resto a distintos órganos y organizaciones. Del total de camas, el 68% son de titularidad pública y el 32% de titularidad privada.

Cabe resaltar que del total de camas existentes, aproximadamente un 15% debe estar libre por si ocurriese una catástrofe natural, accidente multitudinario... De manera que, para que un hospital sea eficiente, debe tener un porcentaje de ocupación de las camas de alrededor del 85%.

### - Personal sanitario:

Dentro del personal sanitario se encuentran englobados diferentes grupos de profesionales por lo que definiremos los siguientes parámetros para el estudio: médicos, farmacéuticos, diplomados en enfermería y “otros” que recoge fisioterapeutas, podólogos, odontólogos y estomatólogos.

En primer lugar vamos a hacer un análisis del número total de profesionales colegiados de la salud por años en España:

Tabla 8. Profesionales de la salud colegiados en España.

Personal Sanitario / Años	2007	2008	2009	2010
Médicos	208.098	213.977	219.031	223.484
Diplomados en Enfermería	250.057	257.355	262.799	270.495
Farmacéuticos	61.300	62.507	63.377	64.203
Otros	58.144	62.040	65.276	68.996
Total	577.599	595.879	610.483	627.178

Fuente: INE. 2012. Elaboración propia.

Se puede observar que el personal sanitario ha ido creciendo a lo largo del período estudiado (2007-2010) en todos los campos definidos. Haciendo un estudio a grandes rasgos, se puede decir que en 2007 había un profesional sanitario por cada 78,4 pacientes mientras que en 2010 había uno por cada 70,77 pacientes.

Para hacer un análisis en profundidad, pasamos a analizar la tabla 9 que muestra el desglose de los profesionales sanitarios colegiados en 2010 por Comunidad Autónoma y por categoría profesional.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Tabla 9.a. Profesionales sanitarios colegiados en 2010 por Comunidades Autónomas por rango de edad.

Profesionales	Médicos						Diplomados en Enfermería					
	< 35 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-69 años	De 70 y más años	< 35 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-69 años	De 70 y más años
Andalucía	4.861	6.509	11.419	6.375	1.434	2.110	10.921	8.499	8.144	4.630	870	1.684
Aragón	1.215	1.451	2.551	1.847	349	540	2.667	1.871	1.879	1.091	43	20
P. de Asturias	702	1.033	2.030	1.386	257	386	1.498	1.306	1.772	1.358	103	417
Islas Baleares	763	1.255	1.573	963	170	215	2.302	1.324	1.037	671	98	310
Canarias	1.495	1.998	2.816	1.707	320	435	4.442	2.528	1.666	1.106	140	201
Cantabria	648	619	984	603	157	184	1.091	734	841	824	107	427
Castilla y León	2.095	2.473	4.295	2.944	648	1.059	5.083	3.874	4.395	2.558	270	220
Castilla-La Mancha	1.831	1.907	2.562	1.343	251	441	5.073	2.926	2.572	1.095	119	45
Cataluña	7.804	8.217	10.501	7.131	1.402	2.487	15.641	10.394	10.281	7.094	1.231	3.007
C. Valenciana	3.957	4.545	6.544	4.609	925	1.387	3.687	2.233	2.503	1.694	236	313
Extremadura	854	1.131	1.671	841	140	275	1.625	1.661	2.004	854	97	336
Galicia	2.026	2.124	4.184	2.791	499	843	4.693	1.480	1.688	530	33	45
C. de Madrid	8.511	7.740	10.105	6.382	1.834	3.221	15.898	7.752	8.559	5.223	1.044	3.757
R. de Murcia	1.277	1.315	1.900	1.079	172	327	2.244	1.128	764	900	21	3
C. F. de Navarra	792	782	1.139	628	133	206	1.784	1.456	1.447	824	180	158
País Vasco	2.037	2.148	3.822	2.713	408	687	4.569	3.227	3.976	2.758	164	79
La Rioja	204	335	511	310	40	81	661	523	522	246	7	6
Ceuta	30	53	126	67	13	12	170	165	96	23	5	8
Melilla	8	49	115	47	14	12	169	152	163	31	2	0
<b>Total</b>	<b>41.110</b>	<b>45.684</b>	<b>68.848</b>	<b>43.766</b>	<b>9.166</b>	<b>14.908</b>	<b>84.218</b>	<b>53.233</b>	<b>54.309</b>	<b>33.510</b>	<b>4.770</b>	<b>11.036</b>

Fuente: INE. 2012. Elaboración propia.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Tabla 9.b. Profesionales sanitarios colegiados en 2010 por Comunidades Autónomas por rango de edad.

Profesionales	Farmacéuticos						Otros					
	< 35 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-69 años	De 70 y más años	< 35 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-69 años	De 70 y más años
<b>CC.AA</b>												
Andalucía	3.076	2.842	2.202	1.388	441	854	3.518	1.178	239	159	25	13
Aragón	365	464	405	218	59	144	651	218	87	45	4	2
P. de Asturias	291	339	357	145	45	136	898	115	39	37	7	0
Islas Baleares	369	265	263	176	25	74	646	148	48	41	6	6
Canarias	583	603	681	259	103	98	936	401	96	51	7	4
Cantabria	140	181	180	88	23	58	345	65	21	25	1	3
Castilla y León	881	1.141	993	401	97	335	1.323	386	100	101	12	12
Castilla-La Mancha	567	739	731	323	62	190	1.097	240	57	40	0	3
Cataluña	2.281	3.001	2.321	1.355	323	794	5.471	2.069	627	426	90	48
C. Valenciana	1.978	1.720	1.530	926	194	352	2.517	684	230	167	26	7
Extremadura	318	405	385	199	52	139	595	121	29	24	1	0
Galicia	958	1.308	1.277	488	124	387	1.626	440	88	49	10	3
C. de Madrid	2.098	3.162	2.148	1.256	503	1.321	5.651	1.556	406	340	76	77
R. de Murcia	339	409	380	251	41	144	1.124	296	54	31	2	2
C. F. de Navarra	362	443	325	114	38	69	321	65	49	22	4	1
País Vasco	1.036	759	540	295	73	187	1.521	277	79	55	11	3
La Rioja	99	120	96	48	9	35	159	50	12	6	2	1
Ceuta	12	23	15	14	1	6	27	5	1	0	1	0
Melilla	15	23	28	13	1	3	19	4	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>15.768</b>	<b>17.947</b>	<b>14.857</b>	<b>7.957</b>	<b>2.214</b>	<b>5.326</b>	<b>28.445</b>	<b>8.318</b>	<b>2.262</b>	<b>1.619</b>	<b>285</b>	<b>185</b>

Fuente: INE. 2012. Elaboración propia.

A continuación, se revisarán únicamente los casos de Andalucía, Cataluña, Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana por representar entre las cuatro el 58,42% de la población española.

### ➤ Andalucía:

La población andaluza en 2010 era de 8.256.297 personas y los profesionales médicos al servicio de esta población estaban repartidos de la siguiente manera:

- Médicos: 29.164 menores de 65 años y 3.544 mayores de 65 años. De esta manera, en 2010 había un médico colegiado por cada 252,4 personas.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- Diplomados en Enfermería: 32.194 menores de 65 años y 2.554 que superaban esta edad. Por tanto, en 2010, en Andalucía había un enfermero colegiado por cada 237,6 pacientes.
- Farmacéuticos: menores de 65 años 9.508 y mayores 1.295. Esto supone un ratio de un farmacéutico colegiado por cada 764,26 personas.
- Otros (engloba fisioterapeutas, podólogos, odontólogos y estomatólogos): en 2010 había 5.094 profesionales colegiados menores de 65 años y 38 con más de 65 años lo que supone un profesional engloba en este apartado por cada 1.608,79 habitantes.

### ➤ Cataluña:

La población catalana en 2010 era de 7.333.530 personas y los profesionales médicos al servicio de esta población estaban repartidos de la siguiente manera:

- Médicos: 33.653 menores de 65 años y 3.889 mayores de 65 años. De esta manera, en 2010 había un médico colegiado por cada 195,3 personas.
- Diplomados en Enfermería: 43.410 menores de 65 años y 4.238 que superaban esta edad. Por tanto, en 2010, en Cataluña había un enfermero colegiado por cada 154 pacientes.
- Farmacéuticos: menores de 65 años 8.958 y mayores 1.117. Esto supone un ratio de un farmacéutico colegiado por cada 727,9 personas.
- Otros: en 2010 había 8.593 profesionales colegiados menores de 65 años y 138 con más de 65 años lo que supone un profesional engloba en este apartado por cada 840 habitantes.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

### ➤ C. de Madrid:

La población madrileña en 2010 era de 6.369.167 personas y los profesionales médicos al servicio de esta población estaban repartidos de la siguiente manera:

- Médicos: 32.738 menores de 65 años y 5.055 mayores de 65 años. De esta manera, en 2010 había un médico colegiado por cada 168,5 personas.
- Diplomados en Enfermería: 37.432 menores de 65 años y 4.801 que superaban esta edad. Por tanto, en 2010, en la Comunidad de Madrid había un enfermero colegiado por cada 150,8 pacientes.
- Farmacéuticos: menores de 65 años 8.664 y mayores 1.824. Esto supone un ratio de un farmacéutico colegiado por cada 607,28 personas.
- Otros: en 2010 había 7.953 profesionales colegiados menores de 65 años y 153 con más de 65 años lo que supone un profesional engloba en este apartado por cada 785,7 habitantes.

### ➤ C. Valenciana:

La población valenciana en 2010 era de 5.004.475 personas y los profesionales médicos al servicio de esta población estaban repartidos de la siguiente manera:

- Médicos: 19.655 menores de 65 años y 2.312 mayores de 65 años. De esta manera, en 2010 había un médico colegiado por cada 227,8 personas.
- Diplomados en Enfermería: 10.117 menores de 65 años y 549 que superaban esta edad. Por tanto, en 2010, en la Comunidad Valenciana había un enfermero colegiado por cada 469,2 pacientes.
- Farmacéuticos: menores de 65 años 6.154 y mayores 546. Esto supone un ratio de un farmacéutico colegiado por cada 747 personas.
- Otros: en 2010 había 3.598 profesionales colegiados menores de 65 años y 33 con más de 65 años lo que supone un profesional engloba en este apartado por cada 1.378,3 habitantes.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Se pueden observar grandes diferencias entre estas cuatro Comunidades Autónomas en cuanto a recursos y personal sanitario. Como se comenta a lo largo del trabajo, cada Comunidad Autónoma tiene libertad para gestionar su sistema sanitario, de ahí, los datos tan dispares entre unas comunidades y otras.

En lo que se refiere a los pediatras, el Ministerio de Sanidad publicó un estudio por Comunidades Autónomas con datos de 2010. De manera resumida, la información presentada fue la siguiente:

Tabla 10. Pediatras por Comunidades Autónomas.

CCAA	Total Pediatría	Ratio Tarjetas Asignadas
Andalucía	1.128	1.087
Aragón	169	1.004
P. de Asturias	128	802
Islas Baleares	139	1.076
Canarias	306	943
Cantabria	76	1.019
Castilla y León	283	910
Castilla - La Mancha	251	1.033
Cataluña	1.005	1.164
C. Valenciana	766	976
Extremadura	135	971
Galicia	324	965
C. de Madrid	886	1.093
R. de Murcia	239	990
C. F. de Navarra	101	964
País Vasco	320	908
La Rioja	44	892
Ceuta y Melilla (INGESA)	25	1.103
<b>Total España</b>	<b>6.325</b>	<b>1.037</b>

Fuente Ministerio de Sanidad. 2012. Datos de 2010. Elaboración propia.

De este estudio se desprende que el promedio de pacientes asignados por pediatra asciende 1.037, una cifra bastante elevada teniendo en cuenta los datos anteriores que hacen referencia a otras especialidades médicas.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Según el Ministerio de Sanidad y el Registro de Altas de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud la Hospitalización en el SNS por sexo y por tasa (cada 10.000 habitantes) en 2007 en España registró los siguientes datos:

Tabla 11. Hospitalización en el SNS por sexo y causa en 2007.

Tipo de enfermedad	Mujeres <sup>a</sup>		Hombres	
	Total	Tasa	Total	Tasa
Infecciosas y parasitarias	29.481	13	42.000	19
Neoplasias	158.542	69,8	180.556	81,5
Endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	37.406	16,5	28.005	12,6
De la sangre y de los órganos hematopoyéticos	18.286	8,1	17.069	7,7
Trastornos mentales	34.174	15	41.550	18,8
Del sistema nervioso y de los órganos sensoriales	54.641	24,1	53.262	24
Del sistema circulatorio	221.366	97,4	288.457	130,2
Del aparato respiratorio	172.156	75,8	266.061	120,1
Del aparato digestivo	187.973	82,7	246.792	111,4
Del aparato genitourinario	118.069	52	93.786	42,3
Complicaciones de la gestación, parto y puerperio	504.696	222,2		
De la piel y de los tejidos cutáneos	16.053	7,1	19.794	8,9
Del aparato muscular y esquelético y de los tejidos conectivos	104.377	45,9	80.213	36,2
Anomalías congénitas	13.557	6	19.161	8,6
Determinadas condiciones con origen en el periodo perinatal	28.997	12,8	35.984	16,2
Síntomas, signos y estados mal definidos	71.817	31,6	89.189	40,3
Lesiones y envenenamientos	140.130	61,7	159.883	72,2
Otros	54.099	23,8	58.797	26,5
<b>Total</b>	<b>1.965.820</b>	<b>865,50</b>	<b>1.720.559</b>	<b>776,50</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad. 2012. Datos 2007. Elaboración propia.

Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

2.2.3. Recursos económicos y gasto (recursos económicos del SNS y gasto sanitario);

- Recursos económicos del SNS:

Tabla 12. Presupuestos iniciales por Comunidad Autónoma (en millones de euros).

CCAA/Año	2007	2008	2009	2010	2011
Andalucía	8.730,60	9.565,50	9.826,50	9.797,70	9.390,20
Aragón	1.635,90	1.746,80	1.879,30	1.910,00	1.852,00
P. de Asturias	1.338,70	1.368,40	1.559,00	1.634,00	1.546,00
Islas Baleares	1.086,70	1.197,30	1.257,50	1.162,80	1.168,00
Canarias	2.522,40	2.803,50	2.929,90	2.388,20	2.400,00
Cantabria	721,30	754,20	793,60	780,50	729,70
Castilla y León	3.048,00	3.333,40	3.408,80	3.507,90	3.452,00
Castilla - La Mancha	2.406,30	2.634,20	2.852,60	3.940,00	3.663,00
Cataluña	8.683,90	9.165,20	9.426,50	9.875,80	9.188,60
C. Valenciana	5.090,00	5.454,50	5.659,70	5.712,40	5.515,00
Extremadura	1.459,80	1.599,90	1.717,70	1.653,60	1.539,70
Galicia	3.388,10	3.639,00	3.767,10	3.775,00	3.704,00
C. de Madrid	6.500,50	6.949,00	7.122,50	7.081,00	7.134,00
R. de Murcia	1.571,20	1.765,70	1.853,70	2.029,70	2.085,70
C. F. de Navarra	807,30	873,30	906,90	985,60	973,60
País Vasco	2.925,50	3.267,90	3.546,40	3.525,20	3.406,00
La Rioja	467,40	493,40	452,60	462,20	434,30
Total España	52.383,60	56.611,20	58.960,30	60.221,60	58.181,80

Fuente: Presupuestos de las CCAA. Elaboración propia.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Tabla 13. Presupuestos iniciales por Comunidad Autónoma per cápita.

Comunidad Autónoma	2007	2008	2009	2010	2011
Andalucía	1.145,59 €	1.231,34 €	1.249,25 €	1.238,72 €	1.175,14 €
Aragón	1.334,81 €	1.390,73 €	1.474,49 €	1.495,80 €	1.442,27 €
C. de Madrid	1.135,54 €	1.174,03 €	1.178,75 €	1.157,36 €	1.157,12 €
C. F. de Navarra	1.362,64 €	1.438,36 €	1.468,83 €	1.582,36 €	1.548,11 €
C. Valenciana	1.080,72 €	1.123,33 €	1.150,57 €	1.158,86 €	1.113,70 €
Canarias	1.298,79 €	1.406,64 €	1.449,13 €	1.404,26 €	1.242,63 €
Cantabria	1.307,97 €	1.345,22 €	1.396,21 €	1.391,71 €	1.270,47 €
Castilla y León	1.284,94 €	1.387,55 €	1.414,90 €	1.462,32 €	1.441,38 €
Castilla-La Mancha	1.272,83 €	1.345,98 €	1.429,97 €	1.449,56 €	1.386,45 €
Cataluña	1.232,06 €	1.271,86 €	1.289,46 €	1.346,11 €	1.344,63 €
Extremadura	1.425,86 €	1.548,83 €	1.655,22 €	1.595,64 €	1.505,87 €
Galicia	1.284,64 €	1.372,52 €	1.414,42 €	1.397,89 €	1.331,23 €
Islas Baleares	1.090,66 €	1.152,61 €	1.184,66 €	1.097,36 €	1.088,01 €
La Rioja	1.576,58 €	1.444,89 €	1.463,77 €	1.329,36 €	1.403,85 €
Media España	1.215,43 €	1.283,34 €	1.320,28 €	1.329,47 €	1.288,34 €
P. de Asturias	1.284,13 €	1.305,88 €	1.480,35 €	1.557,40 €	1.478,16 €
País Vasco	1.392,86 €	1.534,52 €	1.662,29 €	1.696,64 €	1.640,99 €
R. de Murcia	1.186,85 €	1.305,72 €	1.348,29 €	1.427,76 €	1.445,30 €

Fuente: Presupuestos de las CCAA per cápita. Elaboración propia.

Tabla 14. Gasto sanitario (en millones de euros).

Gasto/Año	2005	2006	2007	2008	2009
Público	53.127	58.466	63.768	69.625	73.340
Privado	22.144	23.598	25.060	20.888	22.002
Total	75.271	82.064	88.828	90.513	95.342

Fuente: Ministerio de Sanidad y OCDE. Elaboración propia.

Tabla 15. Porcentaje de gasto sanitario respecto del PIB.

Gasto Sanitario	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Público	5,7%	5,8%	5,8%	6%	6,1%	6,5%	7%
Privado	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%	2,4%	2,5%	2,5%
Total	8,1%	8,2%	8,2%	8,4%	8,5%	9%	9,5%

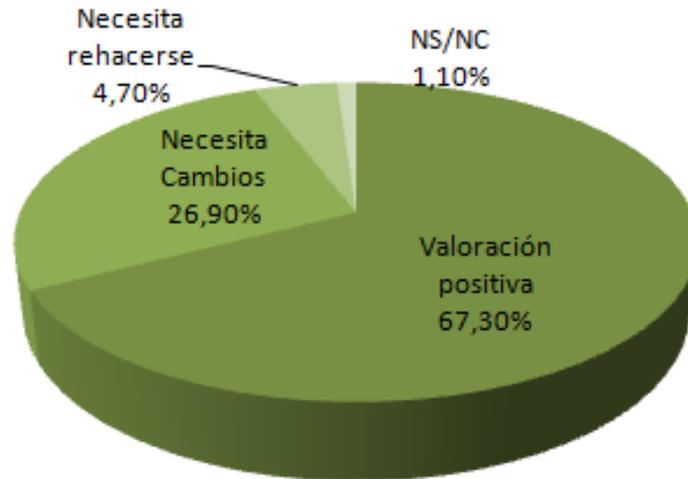
Fuente: Ministerio de Sanidad. Elaboración propia.

Por tanto, se puede observar que existe una gran implicación por parte del sector público y del sector privado en lo que a Sanidad se refiere ya que supuso en 2009 un 9,5% del PIB.

#### 2.2.4. Satisfacción con el sistema sanitario.

La última encuesta que se realizó para conocer la opinión de los españoles en relación a su satisfacción respecto al Sistema Nacional de Salud data de 2006 y de manera resumida destaca que:

Gráfico 2. Satisfacción con el SNS. 2006.



Fuente: Barómetro Sanitario de 2007. Elaboración propia.

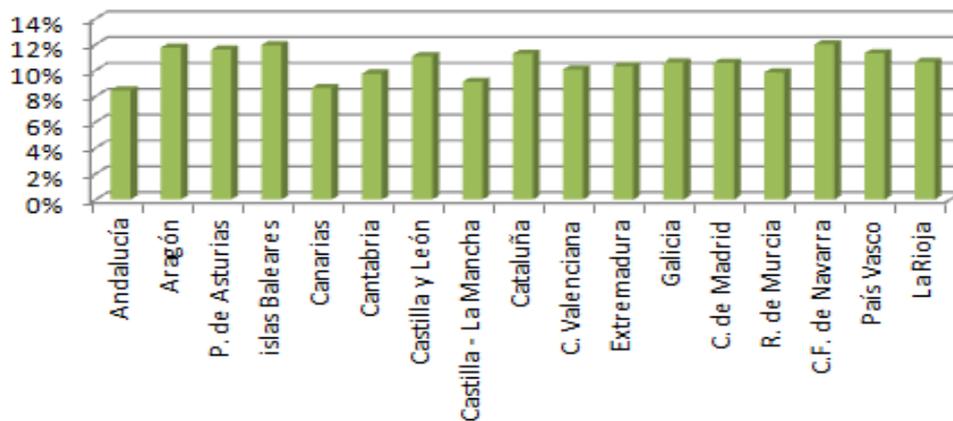
De aquí se desprende que hasta 2006 la gran mayoría de la población española estaba satisfecha con el funcionamiento del SNS. Desde ese momento a la actualidad la situación ha cambiado mucho lo cual hay que tener en cuenta para el entendimiento de estos datos.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

### 2.2.5. Datos relevantes sobre la salud de los españoles (morbilidad y esperanza de vida).

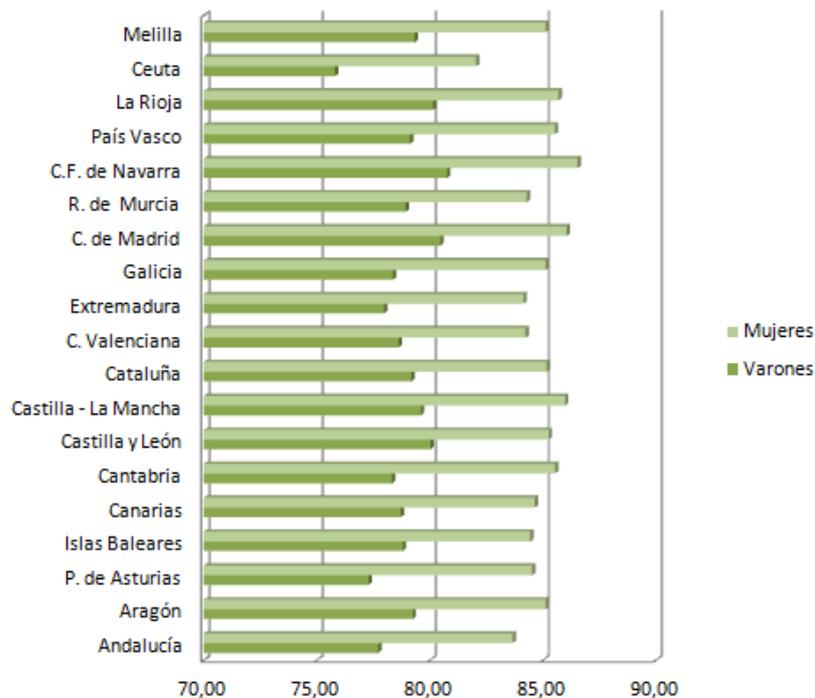
Y para concluir el apartado de cifras más relevantes y antes de hacer un análisis global, se van a evaluar los datos más significativos sobre la salud de los españoles: morbilidad y esperanza de vida.

Gráfico 3. Morbilidad 2010.



Fuente: INE. 2012. Elaboración propia.

Gráfico 4. Esperanza de vida en España (2010).



Fuente: INE. 2012. Elaboración propia.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Teniendo en cuenta toda la información recopilada en esta introducción del trabajo, si se realiza un análisis global de la misma, se pueden destacar varios puntos relevantes:

- La sanidad representa alrededor de un 10% del PIB y un 40% de los presupuestos anuales de las CC.AA;
- La población tiene una esperanza de vida muy elevada, lo que conlleva la necesidad de adaptación del sistema sanitario;
- La pirámide poblacional muestra que existe una baja tasa de nacimientos pero que existe una gran tasa de oblación mayor de 65. Esta situación supone un replanteamiento del sistema de gestión actual;
- Cada vez hay más personas que atender y menos recursos económicos para poder hacerlo, por lo que, un cambio en la gestión de los mismos es fundamental;
- Existen grandes diferencias entre Comunidades Autónomas debido a la autonomía de gestión que existe actualmente;
- La asignación per cápita difiere hasta los 300€ por habitante según la Comunidad Autónoma a la que pertenezca;
- En cuanto a las infraestructuras y el equipamiento, España cuenta con unas de las mejores instalaciones a nivel europeo;
- Existe escasez de personal sanitario, tanto de especialistas como de enfermeros;

## 2.3. Formas de organización en las CC.AA en materia de sanidad:

Como se menciona al principio de este trabajo, según la Ley General de Sanidad 14/1986 (artículos 38-42 ambos inclusive), las competencias de las administraciones públicas en materia sanitaria quedan repartidas entre Estado, las Comunidades Autónomas y las corporaciones locales. El artículo 41 de la LGS 14/1986 es el que hace referencia a las competencias de las Comunidades Autónomas y dicta que cada Comunidad Autónoma cuenta con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, los servicios y establecimientos de la propia comunidad, las diputaciones, los ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias.

La Administración Central del Estado mantiene, a través de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria -INGESA -, la gestión de la sanidad en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

Para analizar las formas de organización de las CC.AA en materia de Sanidad estudiaremos cuatro de ellas, ya que representan el de 58,42% de la población española. Estas cuatro Comunidades Autónomas son, por volumen de población: Andalucía, Cataluña, Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana.

### 2.3.1 Andalucía:

Según los datos de la Junta de Andalucía, la comunidad andaluza apoya su estructura sanitaria en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), cuya producción en términos de servicios sanitarios y de impacto en la salud es de una considerable magnitud, tanto en términos de número de servicios ofrecidos, como en términos de diversidad. El SSPA adquiere en muchas facetas de su provisión un perfil de alta especialización y complejidad, lo que reviste a su actividad de una naturaleza singular, no solo por su impacto en términos de salud, sino por la gestión del mismo.

El Servicio Andaluz de Salud, adscrito a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, forma parte del SSPA, desde su creación en 1986.

## **Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

Sus competencias y funciones vienen reguladas por la Ley 2/1998 de 15 junio, de Salud de Andalucía, y los preceptos en vigor de la Ley 8/1986 de 6 de mayo de creación del Servicio Andaluz de Salud. Su misión es prestar atención sanitaria a los ciudadanos andaluces, ofreciendo servicios sanitarios públicos de calidad, asegurando la accesibilidad, equidad y satisfacción de los usuarios, buscando la eficiencia y el aprovechamiento óptimo de los recursos.

Su marco de referencia lo componen:

- Ley 2/1998 de Salud de Andalucía;
- III Plan Andaluz de Salud 2003-2008;
- Plan de Calidad del sistema sanitario Público de Andalucía 2010-2014;
- Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud;

### **Estructura y funciones**

El Decreto 171/2009, de 19 de mayo, establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud y regula sus funciones.

Las funciones del Servicio Andaluz de Salud, en el marco de las directrices y criterios generales de la política de salud en Andalucía, son las siguientes:

- La gestión del conjunto de prestaciones sanitarias en el terreno de la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación que le corresponda en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- La administración y gestión de las instituciones, centros y servicios sanitarios que actúan bajo su dependencia orgánica y funcional.
- La gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que se le asignen para el desarrollo de sus funciones.

Para llevar a cabo sus funciones el Servicio Andaluz de Salud cuenta con una estructura de apoyo con los siguientes centros directivos:

- Dirección-Gerencia

## **Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

- Secretaría General
- Dirección General de Asistencia Sanitaria
- Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional
- Dirección General de Gestión Económica

### **Organización y servicios**

El Servicio Andaluz de Salud dispone de una red de servicios asistenciales integrada y organizada para garantizar la accesibilidad de la población y la equidad en la distribución de recursos.

### **Atención primaria**

El primer nivel de atención es la atención primaria de salud, que integra la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de los ciudadanos. Los servicios de atención primaria de salud están organizados en Andalucía en distritos de atención primaria (estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en ése ámbito).

### **Atención hospitalaria**

En el segundo nivel de atención hospitalaria se atiende a los pacientes que precisan de hospitalización. Dicho servicio dispone de consultas externas ambulatorias en hospitales y en centros periféricos.

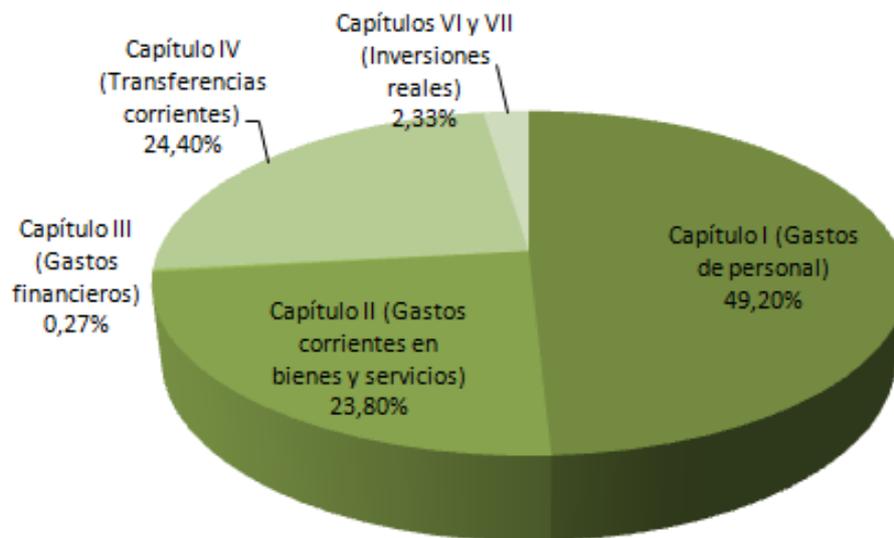
### **Recursos**

El Servicio Andaluz de Salud cuenta en su plantilla con 84.647 profesionales para atender su red asistencial: 22.332 en atención primaria y 62.315 atención hospitalaria. (Año 2010)

Y, para 2012, cuenta con un presupuesto inicial de 8.600,6 millones de euros que queda repartido de la siguiente manera:

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Gráfico 5. Reparto del presupuesto inicial de 2012 del SAS.



Fuente: Servicio Andaluz de Salud. 2012. Elaboración propia.

### 2.3.2 Cataluña:

Según la información del Servicio Catalán de Salud, Cataluña posee un modelo sanitario (el sistema de salud de Cataluña) que integra y prioriza la salud pública (incluyendo la salud laboral y medioambiental), la atención sanitaria y los servicios sanitarios y sociales de atención a la dependencia. Un modelo adaptado a las necesidades de todos: ciudadanos, profesionales, gestores... todos.

Dicho modelo sanitario se concretó en 1990 en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC), que creaba el Servei Català de la Salut y consolidaba un sistema sanitario mixto con la extensión del modelo a todas las líneas de productos sanitarios y sociosanitarios.

El Servei Català de la Salut (CatSalut), nació en enero de 1991 y se convirtió en el ente de planificación, financiación, evaluación y compras de los servicios sanitarios. Se trata de un modelo sanitario mixto, que integra en una sola red de uso público todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública, y que recoge una tradición de entidades (mutuas, fundaciones, consorcios, centros de la Iglesia) históricamente dedicadas a la atención de la salud.

Actualmente, el CatSalut actúa como garante de las prestaciones sanitarias de cobertura pública y el Departamento de Salud recupera la función de planificación

## **Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

y evaluación y promueve el proyecto de descentralización que ha permitido incorporar los ayuntamientos en el gobierno territorial de salud.

Dicho ente público garantiza las prestaciones sanitarias públicas de Cataluña y es un ente adscrito al Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña. Su misión es garantizar una atención sanitaria de calidad a todos los ciudadanos y ciudadanas de Cataluña.

Como aseguradora pública de Cataluña tiene los siguientes objetivos básicos:

- Situar a los ciudadanos en el centro de la gestión sanitaria y de la salud.
- Garantizar una atención sanitaria de calidad.
- Asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario.

La accesibilidad, la participación, la atención directa, la co-responsabilización con la salud, la información y la comunicación, la prevención y el estudio de demandas futuras son aspectos fundamentales en la gestión activa de las necesidades sanitarias de la población.

El sistema sanitario catalán es un sistema que funciona con financiación pública y da cobertura universal, por lo que todos los ciudadanos de Cataluña pueden acceder. Como se nombra anteriormente, este sistema tiene un responsable del aseguramiento público: el CatSalut. Su función aseguradora se enmarca en la tendencia de la mayoría de modelos sanitarios europeos.

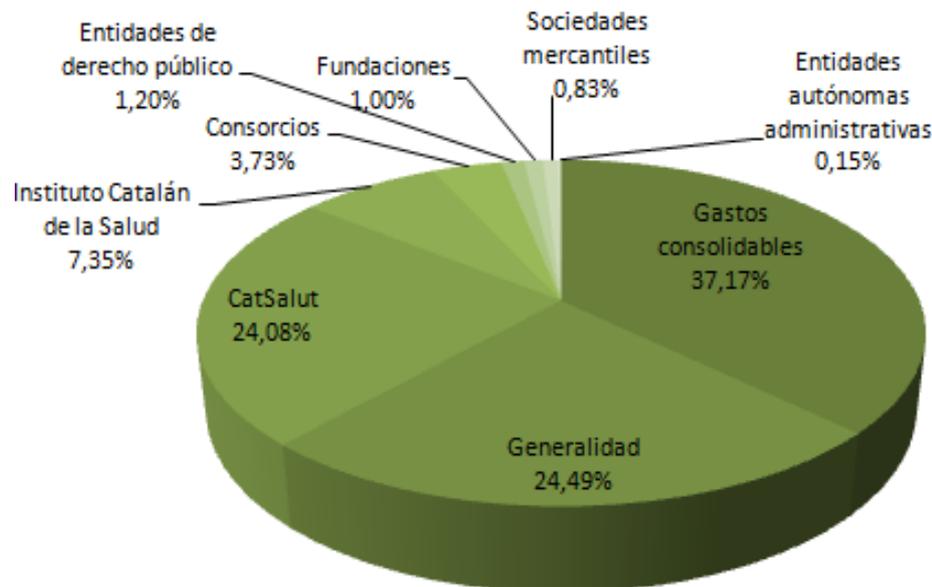
### **Recursos**

Según el Anuario Estadístico de Cataluña, el Servicio Catalán de Salud cuenta en su plantilla con un total de 64.981 profesionales para atender su red asistencial, repartidos en las diferentes categorías y servicios existentes.

El Gobierno de la Generalitat destinará al presupuesto de la Agrupación de la Salud en 2011 9.188,6 millones de euros.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Gráfico 6. Reparto del presupuesto inicial de 2010 del CatSalut.



Fuente: CatSalut. 2012. Elaboración propia.

Los presupuestos tienen como ejes prioritarios garantizar y reforzar la cohesión social en tiempo de crisis, impulsar la economía hacia la recuperación y la mejora de la productividad, y mantener el rigor y la austeridad en las finanzas públicas con el objetivo de disponer de mayores recursos para las políticas prioritarias.

### 2.3.3 Comunidad de Madrid:

Según los datos de la Consejería de Salud de la comunidad madrileña, a través del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid se ofrece a los ciudadanos una completa red de servicios sanitarios que permiten satisfacer sus necesidades. Todo ello, organizado en un área sanitaria única, que desarrolla la atención integral de la salud en todos los ámbitos asistenciales. Igualmente le corresponde la ejecución de la legislación de productos farmacéuticos y sanitarios, los registros y autorización sanitarias de instalaciones o artículos directa o indirectamente relacionados con el uso o consumo humano. Así como la creación, modificación y cierre de los centros, servicios y establecimientos, tanto públicos como privados, que se dediquen a la práctica asistencial.

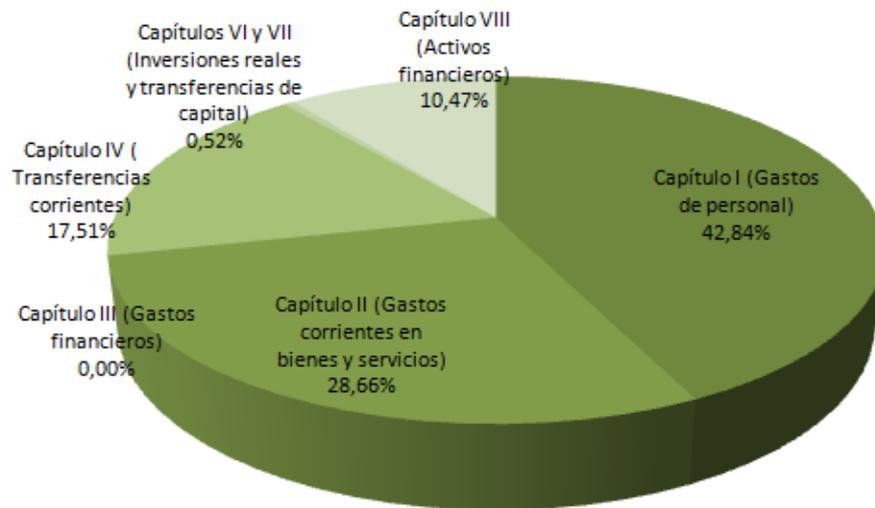
## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

### Recursos:

Según el Anuario Estadístico de Madrid, el Servicio Madrileño de Salud cuenta en su plantilla con un total de 61.926 profesionales para atender su red asistencial, repartidos en las diferentes categorías y servicios existentes.

El presupuesto del Servicio Madrileño de Salud para el año 2012 alcanza la cifra de 6.882,85 millones de euros. Este importe supone un crecimiento del 0,08 % en relación al Presupuesto homogéneo del año 2011. El desglose del mismo se muestra a continuación:

Gráfico 7. Reparto del presupuesto inicial del 2012 del Servicio Madrileño de Salud.



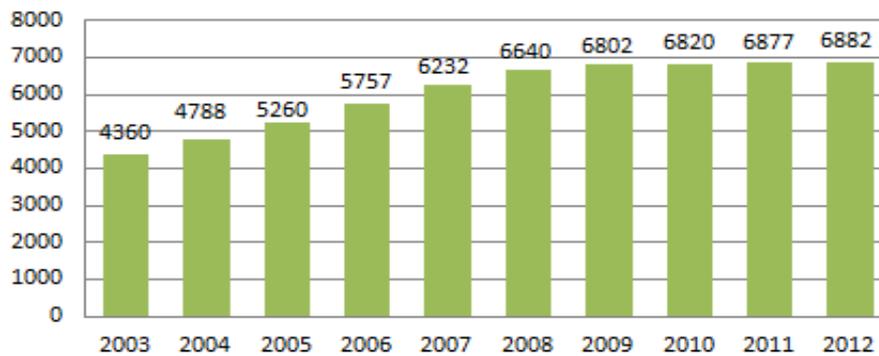
Fuente: Servicio Madrileño de Salud. 2012. Elaboración propia.

La evolución de los recursos económicos asignados al Servicio Madrileño de Salud en el periodo 2003 – 2012 muestra el importante esfuerzo realizado en el ámbito de esta área social, dentro del compromiso del gobierno de garantizar una Sanidad Pública de máxima calidad.

A lo largo de este periodo, el presupuesto sanitario ha pasado de 4.359,7 Millones de €, a 6.882,8 Millones, es decir el crecimiento ha sido del 57,87 %.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Gráfico 8. Evolución del presupuesto en Sanidad en Madrid 2003-2012 en millones de euros.



Fuente: Servicio Madrileño de Salud. 2012. Elaboración propia.

### 2.3.4 Comunidad Valenciana:

Según la información de la Conselleria de Sanitat, la Agencia Valenciana de Salud -*Agència Valenciana de Salut*- (AVS), antes Servicio Valenciano de Salud, es un organismo autónomo de la Generalidad Valenciana, de carácter administrativo y adscrito a la Consejería de Sanidad.

La AVS lleva a cabo la gestión y administración del sistema valenciano de salud y de la prestación sanitaria de la Comunidad Valenciana.

El sistema sanitario valenciano se ordena en departamentos de salud, que equivalen a las áreas de salud previstas en la Ley General de Sanidad. Los departamentos de salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario valenciano, siendo las demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunidad Valenciana a los efectos sanitarios.

En cada departamento de salud se garantizará una adecuada ordenación de la asistencia primaria y su coordinación con la atención especializada, de manera que se posibilite la máxima eficiencia en la ubicación y uso de los recursos, así como el establecimiento de las condiciones estratégicas.

El gerente del Departamento de Salud es el encargado de la dirección y gestión de los recursos del Departamento, tanto de Atención Primaria como Asistencia Especializada y Socio-sanitaria.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

### Recursos:

Según el Instituto Valenciano de Estadística, existen 240 zonas básicas, 265 centros de salud y 589 consultorios locales.

Para entender bien las definiciones y las diferencias entre los conceptos anteriores, el Real Decreto 1277/2003, de 10 de Octubre define:

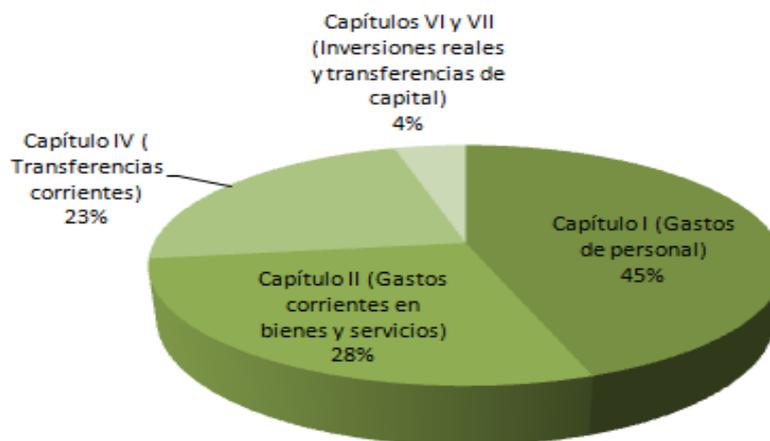
*Las zonas básicas: se refieren a la delimitación geográfica que sirve de referencia para la actuación del equipo de atención primaria. Ello es así, a pesar de conocerse la existencia excepcional de zonas básicas que albergan a más de un equipo de profesionales (equipo de atención primaria).*

*Los centros de salud son: las estructuras físicas y funcionales que posibilitan el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada, global, integral, permanente y continuada, y con base en el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo. En ellos desarrollan sus actividades y funciones los equipos de atención primaria.*

*Los consultorios locales: se identifican con centros sanitarios que, sin tener la consideración de Centros de Salud, proporcionan atención sanitaria no especializada en el ámbito de la atención primaria de salud.*

En cuanto al presupuesto, para 2011 se destinaron 5.5515 millones de euros que quedaron repartidos de la siguiente manera:

Gráfico 9. Reparto del presupuesto inicial de 2011 de la Agencia Valenciana de Salud.

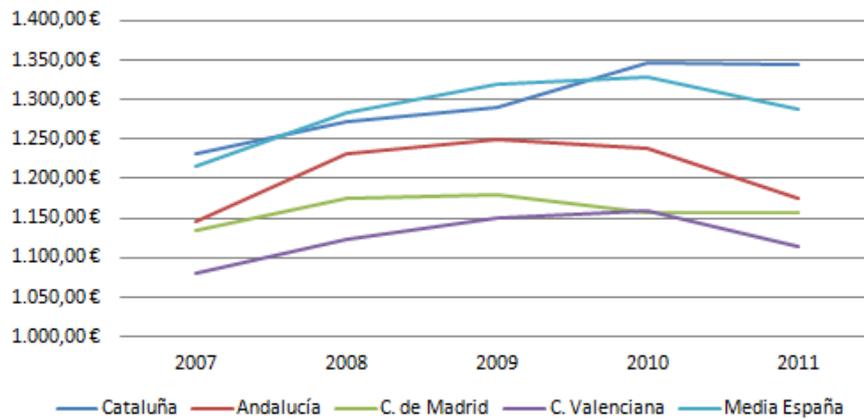


Fuente: Agencia Valenciana de Salud. 2012. Elaboración propia.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

A continuación, se muestra la evolución sufrida por las Comunidades Autónomas desarrolladas en el trabajo en lo que se refiere al gasto sanitario por habitante en función de los presupuestos iniciales, teniendo en cuenta también la media española.

Gráfico 10. Evolución del gasto sanitario por habitante.



Fuente: Ministerio de Sanidad. 2012. Elaboración propia.

## 2.4. Comunidades Autónomas que ya han implantado Áreas de Gestión Sanitaria:

Las Áreas de Gestión Clínica suponen un modelo de gestión transversal que ya ha sido aplicado en diferentes Comunidades Autónomas en España, y también en el extranjero, obteniendo resultados muy satisfactorios.

En lo que se refiere al nivel de implantación de este modelo de gestión clínica destacan, dentro de España, dos Comunidades Autónomas: Andalucía y Principado de Asturias. La Comunidad de Madrid y la de Cataluña también tiene instaurado este modelo de gestión en la mayoría de su sistema sanitario, pero no se han hallado datos suficientes para incluir en este trabajo.

A continuación, se detalla por Comunidad Autónoma sus principales características:

### 2.4.1 Andalucía:

Las áreas de gestión sanitaria son responsables de la gestión unitaria de los dispositivos asistenciales tanto de la atención primaria como de la atención hospitalaria, así como la salud pública, en una demarcación territorial específica, y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos.

Su objetivo es impulsar la coordinación entre unidades asistenciales y mejorar la continuidad en la atención sanitaria.

Actualmente existen nueve áreas de gestión sanitaria:

1. Área de Gestión Sanitaria de Osuna.
2. Área Sanitaria Norte de Córdoba.
3. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar.
4. Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.
5. Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga.
6. Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

7. Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada.
8. Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga-Axarquía.
9. Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva.

### 2.4.2 Principado de Asturias:

La Gestión Clínica en Asturias está regulada por el Decreto 66/2009 (BOPA de 23 de Julio), que establece los principios básicos de funcionamiento del modelo de gestión clínica (organización en unidades y áreas según el grado de complejidad...)

En el Principado, las AGC empezaron a implantarse a mediados de 2009 con experiencias piloto en cinco centros de salud de Atención Primaria. Durante la segunda mitad de 2009 los profesionales de los centros sanitarios en los que se implantaron las AGC tuvieron la oportunidad de gestionar parte de su presupuesto económico teniendo a su alcance la mejor información disponible para la toma de decisiones. Durante este período, también se realizaron importantes esfuerzos relacionados con la mejora de la calidad asistencial y en el entorno laboral para conseguir un nivel de calidad excelente. Cabe destacar que la experiencia piloto fue un éxito y que, a finales de 2011, ya existían 32 Áreas y Unidades de Gestión Clínica repartidas por toda la estructura sanitaria del Principado.

En la actualidad, las Áreas y Unidades de Gestión Clínica del Principado son todo un éxito y están completamente consolidadas y los últimos resultados presentados en Oviedo en marzo de 2012 así lo demuestran. Entre los aspectos más relevantes cabe destacar que:

- La totalidad de las Unidades y Áreas cumplieron con sus compromisos de objetivos asistenciales y de objetivos de calidad y 27 de la 32 Unidades (el 84,4%) cumplieron con su presupuesto, generando un ahorro de 4.9 millones de euros lo que supuso un superávit del 2.45%. El presupuesto total gestionado por las Unidades y Áreas fue de 201.435.925 €;
- Las unidades de Atención Primaria obtuvieron un mayor porcentaje de diabéticos e hipertensos que tienen su enfermedad bajo control y una mayor tasa de vacunación antigripal que en los centros tradicionales;

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- En Atención Especializada la gestión clínica consiguió triplicar las consultas de alta resolución;
- Estos resultados se han logrado en un contexto de reducción del gasto por receta cuatro veces superior al de los centros no integrados en el modelo;
- Esta mejora en la eficacia se ha desarrollado en un marco de mayor satisfacción de los profesionales y ha supuesto una gestión económica más eficiente.
- Los profesionales han declarado que, con este modelo, ha mejorado la calidad de su vida laboral, ya que tienen más posibilidades de promoción, reconocimiento a su esfuerzo y menos presión, entre otros.
- La satisfacción de los ciudadanos atendidos por las Unidades/Áreas de Gestión Clínica es buena ó muy buena en el 90,53% frente al 44,38% del conjunto de Asturias (fuente para Asturias Encuesta Telectyl, 2010).

En lo que se refiere al futuro próximo, en el año 2012 se incorporan nuevas Unidades y Áreas de Gestión Clínica. En primera instancia, serán 16 las nuevas: 5 en atención primaria y 11 en atención especializada, incorporándose en conjunto 1.007 nuevos profesionales al modelo de Gestión Clínica.

Destaca, entre todo, la incorporación de dos centros de salud urbanos: El Cristo (Oviedo) y Llano (Gijón), este último el más grande de Asturias. Estos, a los que hay que añadir la incorporación de Llanes, Pola de Lena y Cabañaquinta elevan a 152.400 los ciudadanos (14,22% de la población) que serán atendidos según el modelo de la Gestión Clínica.

Según el Consejero asturiano de sanidad “el modelo asturiano de gestión clínica ha demostrado su eficacia y su desarrollo se está efectuando según lo previsto, avanzando hasta su culminación con la creación en el futuro de la Agencia Asturiana de Gestión Clínica.”

## **2.5. Tendencias. Análisis PEST + DAFO:**

### **2.5.1 Tendencias:**

Teniendo en cuenta la coyuntura actual en la que se encuentra España, el sistema sanitario debe tender a una mejor gestión de los recursos para mejorar tanto la eficacia como la eficiencia y evitar el consumo innecesario de los mismos.

Por ello, cada Comunidad Autónoma, utilizando su poder sobre el sistema sanitario debe plantearse una serie de retos tales como:

- Gobierno del sistema y participación ciudadana;
- Sostenibilidad financiera;
- Mecanismos de asignación de recursos a los proveedores;
- Aumento de la demanda debido al envejecimiento de la población y a los fenómenos migratorios;
- Implicación de los profesionales en los objetivos y en el funcionamiento del sistema;
- Modelos y mecanismos de planificación y su impacto en las estructuras de provisión;
- Agotamiento de los modelos clásicos de estructuras de provisión de servicios;
- Uso e impacto de las tecnologías de la información y la comunicación en el sistema.

Basándose en los siguientes principios:

- Descentralización de los servicios;
- Integración y transversalidad en las intervenciones de salud;
- Cooperación frente a la competencia entre los proveedores de servicios;
- Equilibrio financiero del sistema;
- Investigación médica;

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- Los ciudadanos, los profesionales y los territorios como ejes fundamentales en la implantación de las políticas de salud.

Y teniendo en cuenta estos criterios:

- Concepción del sistema de salud;
- Consideración de las prioridades en la política de salud;
- Consideración de las diferencias en la salud (sociales, de género, territoriales...).
- Visión global de los servicios;
- Perspectiva de futuro;
- Plasmación territorial;
- Planificación como proceso dinámico.

Si se analizan los retos, los principios y los criterios la conclusión a la que se llega es que es necesario un cambio en el modelo de gestión sanitaria, de ahí, la importancia de la implantación de las Áreas de Gestión Clínica, que cumplen con todos los requisitos necesarios para la mejora en el funcionamiento del SNS.

### 2.5.2 Análisis PEST

Para llevar a cabo el análisis del macroentorno se utiliza una de las herramientas estudiadas a lo largo de la carrera, el “Análisis PEST” de las Áreas de Gestión Clínica. Las siglas PEST hacen referencia a factores Políticos (P), Económicos (E), Sociales (S) y Tecnológicos (T). A continuación, se desarrolla este análisis de factores externos:

#### **FACTORES POLÍTICO-LEGALES:**

- **Políticos:**

España está viviendo un complicado momento político-social debido a la difícil situación económica existente. La crisis que afecta al país desde 2007 y sus consecuencias siguen azotando a la sociedad y al panorama político. Tras las

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

elecciones generales de noviembre de 2011 se produjo un cambio en el signo político del Gobierno central que ha llevado a una serie de reestructuraciones y medidas de ajuste que afectan, entre otros, al sistema sanitario.

En referencia a estas propuestas de contención y recorte de gasto se encuentran las siguientes:

- En los ministerios: 8.900 millones de € con la supresión de 30 Direcciones Generales;
- Disminución de un 20% en subvenciones a partidos, sindicatos y patronales;
- En la función pública: congelación del sueldo de los funcionarios; ampliación de la jornada laboral en 2,5 horas; se cubrirán el 10% de las vacantes y sólo en algunos casos;
- Congelación del Salario Mínimo Interprofesional en 641,4€;
- Ahorro previsto de 10.000 millones de € en Sanidad y Educación eliminando duplicidades y mejorando la eficiencia en la gestión de los grandes servicios públicos.

Esta última medida recae directamente sobre el sistema sanitario que ya vio reducido su presupuesto inicial a principios de 2012 por los ajustes en los presupuestos de las Comunidades Autónomas. Este ahorro viene marcado por el **Real Decreto-ley 16/2012** de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad la seguridad de sus prestaciones.

Además, la disminución de las ayudas gubernamentales en los presupuestos de I+D+i debido a la crisis económica y la adopción de medidas de las Administraciones Públicas para contener la expansión del gasto público farmacéutico, tiene un impacto negativo sobre el sector farmacéutico que ve reducidos sus márgenes comerciales al igual que su capacidad de innovación al no poder seguir realizando inversiones destinadas a investigación y desarrollo de forma continuada y sistemática.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

### ○ *Legales:*

La **Ley 14/1986**, de 25 de abril, General de Sanidad es la norma básica dictada por el Estado en uso de las competencias que le reserva el artículo 149.1.16 del texto constitucional, estableciendo las bases ordenadoras para la creación del Sistema Nacional de Salud, configurado por el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, debidamente coordinados, los cuales integran o adscriben funcionalmente todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la propia Comunidad, las Corporaciones Locales y cualesquiera otras Administraciones Territoriales intracomunitarias, bajo la responsabilidad de la Comunidad Autónoma.

En el caso que nos ocupa, el Hospital General Universitario de Valencia pasó a regirse por la **Ley 15/1997** de 25 de abril, de habilitación de nuevas formas de gestión optando por la figura jurídica del Consorcio. A través de un convenio de colaboración aprobado en 2001 por el Consell de la Generalitat y el Pleno de la Diputación de Valencia, se crea el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia como un ente de derecho público con personalidad jurídica propia, que tiene como finalidad fundamental la gestión, bajo criterios de autonomía efectiva del Hospital, sin perjuicio de su integración en la red pública sanitaria de la Comunidad Valenciana.

La **Ley 29/2006**, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios hace más restrictivos los criterios de selección de los medicamentos a efectos de su financiación. La financiación de los medicamentos en España es mayoritariamente pública, el 71% de los fármacos se costean con cargo a fondos públicos, por lo que las Administraciones Públicas han adoptado medidas para contener esta dinámica de expansión del gasto, como son:

- **Real Decreto-ley 823/2008:** determina los nuevos márgenes y descuentos establecidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo correspondiente a distribución y dispensación de los medicamentos de uso humano.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- **SCO/3803/2008**: determina los nuevos conjuntos de medicamentos, sus precios de referencia y se revisan los que ya existían en las órdenes de los años 2006 y 2007.

Además, como se nombra anteriormente, ha entrado en vigor el **Real Decreto-ley 16/2012** de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad la seguridad de sus prestaciones. Este Real-Decreto afecta, entre otras, a las siguientes leyes en los siguientes apartados:

- **Ley 16/2003**, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
  - De la asistencia sanitaria en España;
  - De la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud;
  - Medida de cohesión y de garantía financiera del Sistema Nacional de Salud.
- **Ley 29/2006**, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- **Ley 44/2003**, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Y además, modifica otros Reales Decretos establecidos anteriormente.

Asimismo, existe un creciente interés general por las certificaciones tanto de calidad como ecológicas y medioambientales que garanticen el compromiso y la implicación de las empresas con dichos temas. En el caso de CHGUV los reconocimientos y certificaciones son una constante debido a la gran relevancia que tiene para el Hospital cumplir con los estándares adecuados para poder ofrecer así los mejores servicios en las mejores condiciones a todos sus pacientes.

## **Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

En lo que a calidad se refiere, el CHGUV cuenta con los siguientes reconocimientos:

### **Normas ISO**

- ISO 9001:2008 en Esterilización; Oncología Médica; Cocina; Unidad Funcional de Mama; Bioingeniería; Biología Molecular; TAC, RNM y Oncología Radioterápica.
- ISO 14001: 2004: Global del centro.
- ISO 17025:2005: Microbiología Ambiental. Análisis de legionela en agua.

### **Norma OHSAS 18001:99**

- Certificado de salud y seguridad laboral (TAC, RNM y Oncología Radioterápica).

### **EMAS**

- Certificado europeo de gestión ambiental.

### **Acreditación sanitaria INACEPS**

- Unidad de Documentación Clínica y Admisión. Nivel avanzado.
- Centro de Salud Fuensanta. Nivel avanzado.
- Centro de Salud Guillem de Castro. Nivel avanzado.
- Centro de Salud Torrente I. Nivel avanzado.

### **CSUR. Unidad des de referencia nacional**

- Instituto Cardiovascular. Cardiopatías familiares.
- Instituto Cardiovascular. Cirugía reparadora compleja válvula mitral.

### **European Foundation Quality Management**

- Autoevaluaciones 2000 y 2007.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- TAC-RNM-Radioterapia. Excelencia europea más 400 en 2010.

### Sociedades científicas

- Unidad funcional de mama:
  - Sociedad española de senología y patología mamaria. Unidad de excelencia.
- Unidad de Alergología:
  - Accredited European Training Center.
- Servicio de Anestesia y Reanimación:
  - Sociedad española del Dolor IASP nivel IV.

### UNICEF

- Acreditación IHAN. Iniciativa Humanización asistencia nacimiento y lactancia

Y en referencia a la preocupación por la ecología y el medioambiente, existe una Oficina Verde que es el departamento que trabaja en el desarrollo de la planificación medioambiental del hospital y de todos sus centros.

El programa medioambiental se basa en la mejora continua de las prácticas medioambientales y se encarga de:

- La identificación, análisis, evaluación y gestión de los aspectos medioambientales que genera la organización (residuos, emisiones, vertidos, consumo de recursos naturales, ruido...).
- El compromiso de cumplir con toda la normativa vigente en materia medioambiental, mejorando los límites establecidos a través de actividades encaminadas a la consolidación de una conducta generalizada de respeto al medio ambiente.

## **Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

- Los programas de fomento de las mejores prácticas medioambientales, buscando que la mayor parte de los residuos que se generen puedan ser devueltos al medio ambiente de forma que produzcan el menor impacto, especialmente aquellos directamente derivados de la actividad hospitalaria.
- Proporcionar la apropiada formación e información medioambiental a todos los trabajadores.
- Utilizar racionalmente los recursos naturales y la energía.

Además, el CHGUV cuenta con el reconocimiento oficial de esta labor con al Certificado ISO14001.

### ***FACTORES ECONÓMICOS***

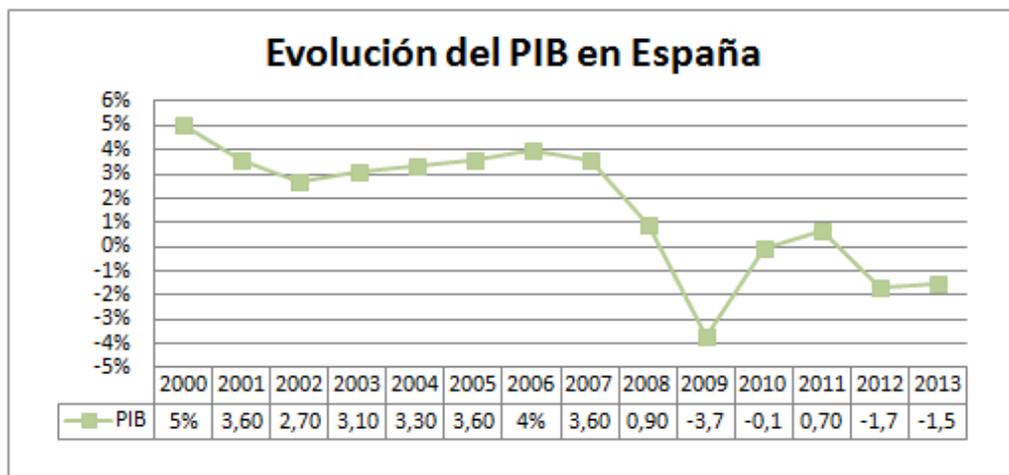
La Sanidad representa en España aproximadamente un 40% de los presupuestos de todas las Comunidades Autónomas y más de un 9% del Producto Interior Bruto (PIB) del país. De aquí, la gran importancia de, en una situación como la actual, actuar sobre ella como un elemento primordial que influirá directamente en la recuperación del Estado de Bienestar.

Algunos de los datos más relevantes a nivel económico son el análisis del presupuesto sanitario a nivel nacional y a nivel autonómico y se encuentran desarrollados en el apartado “2.2. Cifras relevantes” de este trabajo.

El siguiente gráfico muestra la evolución del PIB español, que es el indicador más frecuentemente utilizado para hablar del estado y el crecimiento de la economía.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

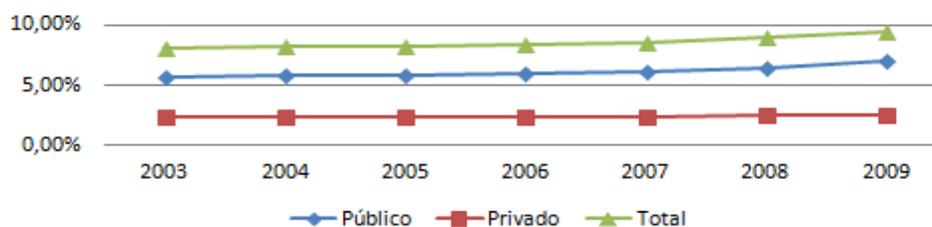
Gráfico 11. Evolución del PIB en España.



Fuente: DatosMacro.2012. Elaboración propia.

Se puede observar que la tendencia del PIB es negativa y, puesto que lleva encadenados dos trimestres seguidos con crecimiento negativo, el país se encuentra en recesión.

Gráfico 12. Evolución del peso de la Sanidad en España sobre el PIB.



Fuente: Ministerio de Sanidad. 2012. Elaboración propia.

El país está viviendo una situación económica muy complicada y eso afecta directamente en los niveles de salud y, por tanto, en el uso del sistema sanitario. Entre los determinantes individuales más importantes que existen relacionados con la salud se encuentra la pobreza. En España, según un estudio realizado por la Fundación FOESSA “Exclusión y desarrollo social 2012” la pobreza en España es más extensa, más intensa y más crónica que nunca.

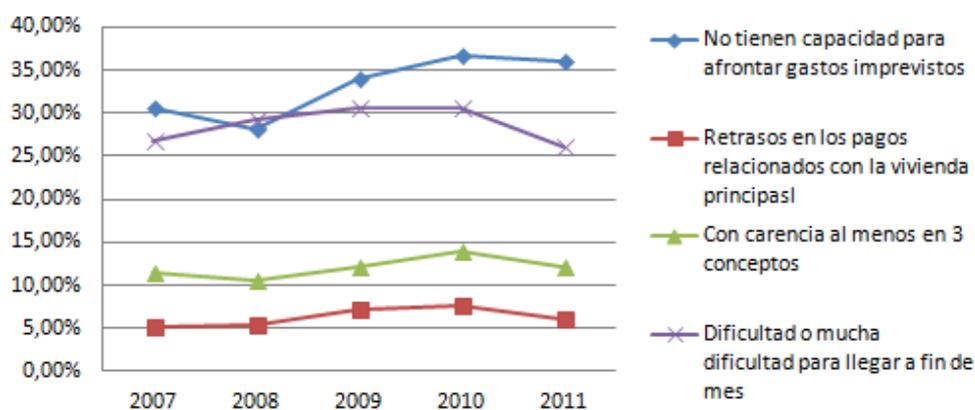
Las personas pobres mueren más jóvenes, sufren mayores discapacidades, están expuestas a riesgos más elevados y cuando enferman tienen menos recursos para la recuperación. En España, casi el 22% de los hogares españoles viven por

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

debajo del umbral de la pobreza y otro 25% está en situación de riesgo. Además, el umbral de la pobreza ha descendido hasta los 7.800€ por lo que ahora hay más pobres y son más pobres que el año pasado.

El siguiente gráfico muestra cómo ha ido evolucionando la situación económica en los hogares españoles desde 2007. Se trata de la Encuesta de Condiciones de Vida que realizó el INE y cuyos resultados son provisionales hasta octubre de 2012.

Gráfico 13. Situación económica en España. Evolución desde 2007.



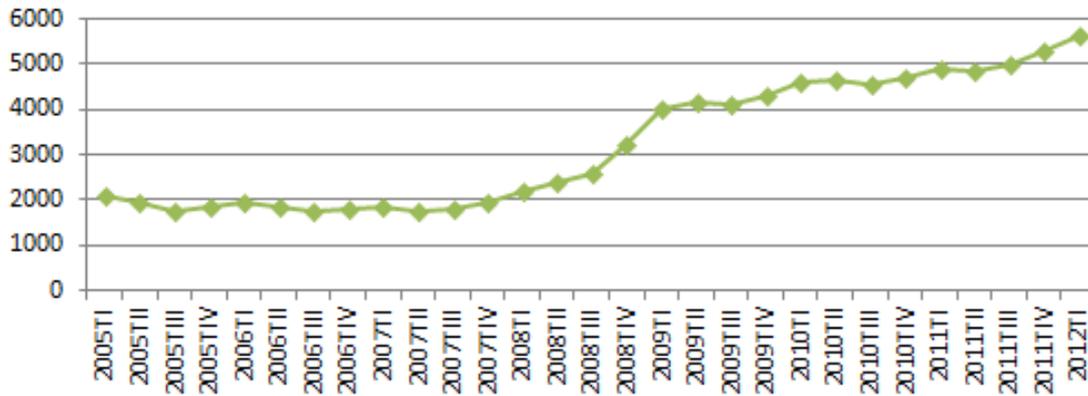
Fuente: INE. 2012. Elaboración propia.

Además, según el barómetro de marzo de 2012 del CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas) el paro, la situación económica, las pensiones y la sanidad se encuentran entre los cinco temas que más preocupan a la población.

En cuanto al paro, se puede decir que la situación actual es realmente preocupante ya que, según la Encuesta de Población Activa (EPA) del primer trimestre de 2012, la tasa de paro en España ascendía al 24,44% (más de 5,5 millones de personas).

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Gráfico 14. Evolución del desempleo en España desde 2005.



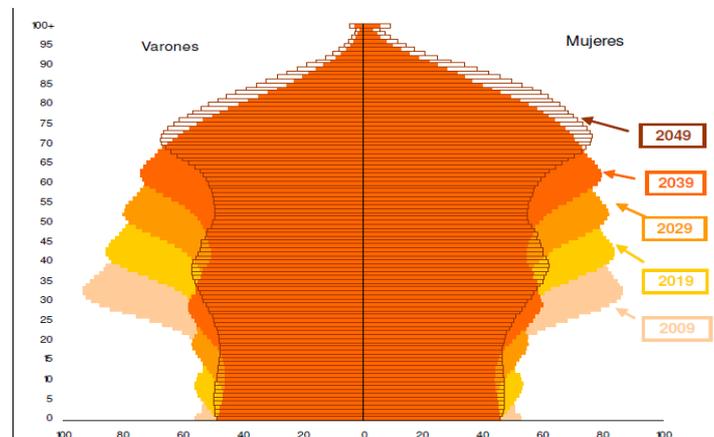
Fuente: INE. 2012. Elaboración propia.

### FACTORES SOCIALES

En las últimas dos décadas se han producido cambios sociales muy importantes que han modificado la composición de la sociedad. En la actualidad existe una pirámide poblacional invertida que cada vez es más pronunciada debido a la baja tasa de natalidad y a la alta esperanza de vida. Además, la difícil situación económica, los movimientos migratorios y la mayor disponibilidad de información hacen que la sociedad haya modificado sus hábitos de salud, afectando directamente al modelo sanitario existente.

En este aspecto, el INE realizó una previsión a largo plazo de la evolución de la sociedad española y la pirámide poblacional obtenida como resultado es la siguiente:

Gráfico 15. Previsión de la pirámide poblacional española.



Fuente y elaboración: INE

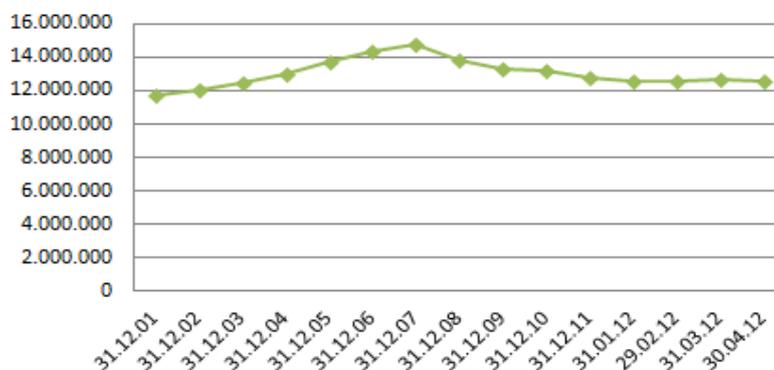
## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Este informe de proyección destaca, entre otra, la siguiente información:

- El crecimiento natural de la población se haría negativo desde 2020;
- La población mayor de 64 años se duplicaría en 40 años y pasaría a representar más del 30% total debido al envejecimiento de la pirámide poblacional;
- En los próximos 40 años la población de 0 a 15 años incrementaría en 2,2% lo que se derivaría de la prolongación futura de las tendencias al crecimiento de la fecundidad actualmente observado;
- En 2049, en España residirían por cada 10 personas en edad de trabajar casi 9 personas potencialmente inactivas (menores de 16 años). Esto supondría que la tasa de dependencia se elevaría hasta prácticamente el 90% partiendo del 47,8% actual.
- De mantenerse el ritmo actual de reducción de la incidencia de la mortalidad, la esperanza de vida alcanzaría los 84,3 años en los varones y los 89,9 años en las mujeres.

Según el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, la tasa de afiliados a la Seguridad Social (SS) en Régimen General (excluyendo los Sistemas Especiales Agrario y de Empleados del hogar), muestra la siguiente evolución desde 2001 hasta abril de 2012:

Gráfico 16. Afiliados a la Seguridad Social.



Fuente: Ministerio de Empleo y Seguridad Social. 2012. Elaboración propia.

## **Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

Esta evolución comprende los afiliados a la SS con contrato indefinido, temporal y de aprendizaje, formación y prácticas con jornada completa o parcial.

El mínimo reflejado se produjo en 2001 con menos de 12 millones de afiliados y el máximo en 2007, con casi 15 millones de afiliados. Desde ese momento, la tendencia ha sido decreciente y, actualmente, ronda los 12,5 millones.

Se debe dar una visión sanitaria global y humanista a la atención sanitaria con el empleo armónico de los recursos: prevención, diagnóstico y tratamiento, personalizando los tratamientos con el fin de contemplar las características biológicas, psicológicas y sociales de forma individual.

La incorporación de una mejor gestión permite ofrecer una asistencia de la máxima calidad científica y técnica en un entorno que facilita la proximidad y el contacto entre pacientes y profesionales y por tanto la satisfacción de las necesidades individuales de cada paciente.

### ***FACTORES TECNOLÓGICOS***

Según la OTA (Office of Technology Assessment) la tecnología sanitaria “son los medicamentos, instrumentos y los procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de soporte en los que se provee dicha atención”.

La incorporación de las TIC al sistema sanitario está contribuyendo al avance en la atención a las personas mayores y enfermos crónicos. Las TIC favorecen la convergencia de los sistemas, la atención y el seguimiento que se ofrece a estos pacientes, como por ejemplo la telemonitorización, telemedicina y teleradiología.

Gracias a la implantación de las nuevas tecnologías el sistema sanitario ofrece una gran cantidad de soluciones a los pacientes que tiempo atrás eran impensables: desde la atención a distancia de personas en sus hogares a las operaciones a través de robots que permiten realizar intervenciones de una precisión inimaginable.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

En el contexto de la tecnología médica o sanitaria es importante hacer esta distinción y definir a la tecnología médica en sus múltiples perspectivas. Siguiendo a Geiser se pueden distinguir cuatro perspectivas:

1. La más física, que a su vez puede separarse en dos, los instrumentos específicos desde medicamentos, pinzas, o reactivos y la maquinaria más compleja y sofisticada. Esta perspectiva es la que suele utilizarse y ha sido, sin dudas, el campo más fecundo de la evaluación de tecnologías sanitarias.
2. La segunda perspectiva surge desde la información, los métodos utilizados en la recogida, procesamiento, almacenamiento, extracción y análisis de la información. Dentro de esta perspectiva se encuentran aplicaciones más administrativas, como sistemas de soporte para la gestión, historias clínicas computarizadas, receta electrónica sistemas de admisiones, contabilidad, etc. en una orientación más clínica, se encuentran la telemedicina, el procesamiento y archivos de imágenes, los sistemas automatizados para la educación y el aprendizaje.
3. Desde la perspectiva del conocimiento, las tecnologías médicas, también constituyen los métodos para crear conocimiento, con los ensayos clínicos, las revisiones sistemáticas o las técnicas de análisis o investigación cualitativa.
4. Una cuarta perspectiva corresponde a la tecnología como elemento de cambio en la organización de la asistencia sanitaria. Las aplicaciones tanto clínicas como administrativas de la tecnología médica han generado nuevas formas de asistencia sanitaria y mejores formas de gestionar y organizar las entidades asistenciales.

Este esquema muestra de manera resumida el Análisis PEST:

**POLÍTICO-LEGALES:**

- Políticos:
  - \* Cambio de Gobierno en Noviembre de 2011;
  - \* Medidas: Ahorro en Sanidad y Educación de 10.000 millones de €;
  - \* Disminución en los presupuestos de la partida de Sanidad;
  - \* Reducción de las ayudas para I+D+i y contención del gasto público farmacéutico.
- Legales:
  - \* **Ley 14/1986**, de 25 de abril, General de Sanidad: norma básica dictada por el Estado en uso de las competencias sanitarias;
  - \* **Real Decreto-ley 16/2012** de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS;
  - \* **Ley 15/1997** de 25 de abril: Ley por la que se rige el CHGUV;
  - \* **Ley 29/2006**, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.

**ECONÓMICOS:**

- \* La Sanidad representa:
  - un 40% de los presupuestos de las CC.AA
  - y un 9,5% del PIB;
- \* El país se encuentra en recesión tras haber encadenado dos trimestres consecutivos con el PIB negativo;
- \* El 22% de los hogares españoles viven por debajo del umbral de la pobreza y otro 25% está en situación de riesgo;
- \* El 36% de los hogares españoles no tienen capacidad para afrontar gastos imprevistos;
- \* El 6% de la población española tiene retrasos en los pagos relacionados con la vivienda principal.
- \* **Paro:** En el primer trimestre de 2012: 24,4% (más de 5,5 millones de personas);

**PEST**

**SOCIALES:**

- \* Pirámide poblacional invertida → Tendencia: crecimiento poblacional negativo desde 2020;
- \* En los próximos 40 años la población mayor de 64 años representará el 30%;
- \* En 2049 la tasa de dependencia alcanzará el 90% (actualmente es menor del 50%);
- \* La esperanza de vida alcanzará los 84,3 años en los varones y los 89,9 años en las mujeres (en los próximos 40 años);
- \* El número de afiliados a la SS marca los peores valores desde 2001 y se sitúa en abril de 2012 en 12,5 millones de afiliados;

**TECNOLÓGICOS:**

- \* Contribución de las TIC en el cuidado de personas mayores y enfermos crónicos;
- \* Los avances tecnológicos posibilitan intervenciones inimaginables hace pocos años (robots, operaciones a distancia...);
- \* Aplicaciones administrativas: nuevos métodos de recogida de información, procesamiento, almacenamiento, análisis... Implantación de la historia clínica digital y la receta electrónica;
- \* Posibilidad de nuevos ensayos clínicos, mejoras en las técnicas existentes...;
- \* Nuevas formas de asistencia sanitaria, mejores formas de gestión y organización de las entidades asistenciales.

### **2.5.3 Análisis DAFO:**

Para completar el estudio de las causas de la implantación de las Áreas de Gestión Clínica en el CHGUV utilizaremos una herramienta de gran valor analítico estudiada a lo largo de la carrera en diferentes asignaturas que es el “**Análisis DAFO**” de las Áreas de Gestión Clínica. Las siglas DAFO hacen referencia a las Debilidades (D), Amenazas (A), Fortalezas (F) y Oportunidades (O).

Las Debilidades y las Fortalezas se analizan en la estructura interna (microentorno), en este caso, del CHGUV; las Amenazas y las Oportunidades provienen del exterior (macroentorno).

#### **Debilidades:**

- Rechazo al cambio. La resistencia al cambio es una respuesta humana normal;
- Tensión entre los grupos profesionales. Decidir quién llevará las riendas de cada Área o Unidad de Gestión Clínica puede crear tensiones internas hasta que esté en funcionamiento la misma;
- Miedo a la desestructuración de los servicios tradicionales. Al agruparse en Áreas habrá que entender el conjunto de los servicios que la integren como una entidad;
- Cambio de mentalidad. Las Áreas o Unidades de Gestión Clínica suponen una estructura de acuerdos transversales y no verticales.

#### **Amenazas:**

- Presión sindical al inicio de las políticas de gestión clínica. Progresivamente, con el desarrollo de las mismas, disminuye la presión al demostrarse que estos modelos de gestión son un elemento de relación y participación beneficioso para el personal;
- El entorno de crisis económica hace que los presupuestos generales se vean afectados;
- Exigencia de mejor servicio y demanda en aumento (riesgo de demoras);

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- Aparición de nuevos problemas de salud que afectan a la calidad de vida de los pacientes;
- Aumento del número de enfermos crónicos y aumento de la esperanza de vida.

### Fortalezas:

- Atención Focalizada en el Paciente (PFA);
- Los centros hospitalarios organizados con Áreas de Gestión Clínica están orientados a procesos, tienen un experto al frente y su papel de referentes abarca la asistencia, la docencia y la investigación. Además desarrollan las alianzas correspondientes en el hospital en base a identificación de grupos de riesgo, protocolos y guías conjuntas y reingeniería de procesos. Esto implica la creación de sinergias que benefician al paciente;
- No precisa de un cambio organizativo. Se puede poner en marcha sin necesidad de cambios en las condiciones administrativas ya que no es más que un cambio de relación entre el profesional con su organización y la ciudadanía;
- Mejora las relaciones profesionales. La coparticipación no es sólo de los responsables del Área, sino que debe extenderse a todos los profesionales de la misma, lo que mejora la comunicación entre ellos;
- Mejora la motivación. La participación en el establecimiento de objetivos es otro elemento crucial en la toma de decisiones de gestión;
- Proporciona mayor y mejor información. La participación de los profesionales en la toma de decisiones no se puede realizar sin el conocimiento por parte de estos de la información necesaria para la misma;
- La Dirección del Centro ofrece al AGC los recursos necesarios para que el proyecto sea factible;
- Los responsables del Área se relacionan directamente con la Dirección del Centro mediante los Acuerdos de Gestión Clínica que incluyen: objetivos

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

cuantificables para el periodo, cuenta de resultados, la auto evaluación teórica factible mediante un cuadro de mando, la Cartera de Servicios aprobada por la dirección del Centro, la Actividad propia y diferenciable susceptible de ser medida el presupuesto asignado, la existencia de incentivos y la realización periódica de auditorías externas;

- Proactividad en el desarrollo de políticas de Responsabilidad Social Corporativa (RSC);
- Existe el hábito en la metodología de gestión interdisciplinar de casos;
- Coordinación transversal de recursos y servicios;
- La existencia de personas implicadas y con capacidad de liderazgo entre los profesionales, con un claro compromiso con el Área, hace que se gestione mejor los recursos humanos;
- Se identifica el papel y responsabilidad que asume cada profesional y cómo interactúan entre sí, así como los subprocesos de forma que puedan ser sometidos a una reingeniería. Todo esto permite que el personal tenga las responsabilidades identificadas en los subprocesos y sus roles definidos;
- La gestión de equipos se hace en un clima de confianza, colaboración, transparencia, comprensión y complicidad mutua;
- Hay un continuo perfeccionamiento de las técnicas diagnósticas y terapéuticas, lo que deriva en una correcta aplicación de los últimos avances terapéuticos, dando una seguridad y eficacia en la aplicación de las pruebas diagnósticas y en los tratamientos.
- El objetivo del especialista es el cuidado del paciente desde el diagnóstico, incluyendo el tratamiento y seguimiento, hasta la curación o durante el período terminal del paciente.
- El diagnóstico en fases tempranas eleva las posibilidades de un tratamiento eficaz y de curación de las enfermedades.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- Mejora continua del nivel de conocimientos tanto desde un punto de vista biológico como operativo a través de la investigación;
- Se establece el compromiso con la mejora de la Calidad y el Medio Ambiente como uno de los objetivos prioritarios. Por este motivo se asignan todos los recursos necesarios para controlar el impacto ambiental, gestionar adecuadamente los residuos, emisiones y vertidos, así como mantener la mejora continua y prevenir la contaminación.

### Oportunidades:

- El modelo organizativo que está implantado actualmente es el tradicional (por servicios, unidades y programas), por lo que se observa una necesidad de modernizar la organización y gestión sanitaria mediante la implantación de nuevas formas que tengan mayor eficiencia y calidad;
- La Gestión clínica es la organización de la asistencia que permite atender las necesidades del usuario con la mejor calidad científico-técnica, en coherencia con los recursos y planes de la organización en que se desarrolla;
- Existe un “Marco normativo” de soporte a nuevas formas de gestión;
- La generación progresiva de nuevas expectativas de tratamiento para enfermedades que actualmente no tienen un tratamiento estándar eficaz;
- Colaborar con la medicina primaria es vital para conseguir que el diagnóstico de las enfermedades se determine en fases iniciales y el paciente reciba cuanto antes el tratamiento adecuado;
- Participar en los grupos y programas de investigación nacionales y europeos;
- Actualmente la orientación es hacia el profesional y no hacia el paciente por lo que la implantación de las AGC es muy importante;
- Falta de comunicación con unidades periféricas. Actualmente, existe una política de comunicación externa insuficiente, lo que provoca que la gestión se vea resentida;

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- Existe una falta de agilidad en los trámites porque están burocratizados, de aquí la importancia en identificar y gestionar los procesos más frecuentes e importantes del Área y poder así encauzar más correctamente los esfuerzos y prevenir ineficiencias, demoras, duplicidades y estancias inadecuadas;
- Incorporación de sistemas de autoevaluación, que facilitarán la detección de numerosas oportunidades de mejora y la implantación de una cultura de autoresponsabilización y mejora continua de la calidad, y de análisis e interpretación de resultados.

Este cuadro muestra de manera resumida el análisis DAFO:

**DEBILIDADES:**

- \* Resistencia al cambio;
- \* Tensiones internas hasta que la AGC queden establecidas;
- \* Reestructuración de los servicios tradicionales;
- \* Implica un cambio de mentalidad;
- \* Adaptación al cambio de estructura de acuerdos: de tipo vertical a tipo transversal.

**AMENAZAS:**

- \* Presión sindical;
- \* Entorno económico inestable debido a la crisis que azota al país;
- \* Exigencia por parte de los pacientes de mayor demanda y mejor servicio;
- \* Aparición de nuevos problemas de salud y aumento en el número de enfermos crónicos, unido al aumento de la esperanza de vida.

**DAFO**

**FORTALEZAS:**

- \* Atención Focalizada en el Paciente (PFA)
- \* AGC orientadas a la gestión por proceso--> alianzas y sinergias;
- \* No precisa un cambio organizativo, tan sólo se necesita la aceptación del cambio en la estructura de acuerdos;
- \* La coparticipación mejora la comunicación entre los profesionales;
- \* Mejora la motivación a través del establecimiento conjunto de objetivos;
- \* Mayor y mejor información que facilita la toma de decisiones;
- \* Implicación de la Gerencia en la implantación de las AGC;
- \* Acuerdos de Gestión como herramienta fundamental de funcionamiento;
- \* Proactividad en el desarrollo de las políticas de RSC;
- \* Metodología interdisciplinar;
- \* Coordinación transversal de recursos y servicios;
- \* Definición de procesos que posibilita la reingeniería;
- \* Mejora continua;

**OPORTUNIDADES:**

- \* Paso de un modelo organizativo tradicional a uno transversal;
- \* Las AGC permiten atender las necesidades del paciente con la mejor calidad científico-técnica;
- \* Marco normativo de soporte a las nuevas formas de gestión sanitaria;
- \* Generación progresiva de nuevos tratamientos;
- \* Colaboración con la medicina primaria;
- \* Participación en grupos y programas de investigación;
- \* Mejora de comunicación con las unidades periféricas;
- \* Facilita los trámites burocráticos;
- \* Se evitan ineficiencias y duplicidades;
- \* Se incorporan sistemas de autoevaluación que facilitan la detección de oportunidades de mejora.

## **CAPÍTULO 3: NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN SANITARIA: LA GESTIÓN POR PROCESOS. LAS ÁREAS DE GESTIÓN CLÍNICA EN EL CHGUV.**

**3.1. EL CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (CHGUV)**

**3.2. DEFINICIÓN Y PROCESO DE IMPLANTACIÓN**

**3.3. DESCRIPCIÓN TÉCNICA (FUNCIONES Y TAREAS DEL TÉCNICO DE GESTIÓN Y ÁMBITO DE ACTUACIÓN)**

**3.4. ORGANIZACIÓN Y RECURSOS HUMANOS: ORGANIGRAMA Y EXPLICACIÓN DE LAS FUNCIONES**

**3.5. ESTRUCTURA LEGAL**

**Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

### 3. Nuevas formas de Gestión Sanitaria: la gestión por procesos. Las Áreas de Gestión Clínica en el CHGUV:

#### 3.1. El Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV):

##### 3.1.1 Historia y evolución del CHGUV:

Según los Estatutos del CHGUV, los antecedentes del Hospital General Universitario de Valencia se remonta al 24 de febrero de 1409, fecha en la que el Padre fray Juan Gilabert Jofré plantea desde el púlpito de la Catedral de Valencia la necesidad de crear un hospital para acoger a todos los “*folls e ignocents*”, carentes hasta entonces de cualquier tipo de asistencia.

El 26 y 27 de marzo de 1512, se reunió el cabildo, el ayuntamiento y 9 de los administradores del asilo del Hospital del “Folls, Ignocents i Orats” para nombrar comisionados con poderes suficientes para que trataran de la reunión de todos los hospitales, con el fin de que los pobres estuvieran mejor asistidos.

El 27 de abril de 1512 pronunciaron un bando que declaró lo siguiente:

“Se reúnen todos los hospitales en uno, que se titulará General, donde se admitirán toda clase de enfermos... y su situación será la del mismo punto que los administrados del Hospital de Inocentes...”.

El Rey D. Fernando el Católico dictó un privilegio fechado en Logroño a 30 de Septiembre de 1512, tomando bajo su protección y la de sus sucesores la salvaguardia de dichos establecimientos.

El 21 de julio de 1514 se otorgó una bula del Papa León X para la erección y fundación del Hospital General dada en Roma.

Con este proceso, la ciudad de Valencia pasó de tener un sistema medieval de asistencia a uno plenamente moderno en 1512.

De este modo, la asistencia médica de la ciudad se centró casi exclusivamente en el nuevo Hospital General, destinado a acoger a todo tipo de enfermos.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Además se añadió que debía ser la única institución de la ciudad de Valencia que podía ejercer funciones asistenciales.

El Hospital estaba dividido en una serie de secciones o salas donde eran atendidos los enfermos según su dolencia. En el siglo XVI estas salas eran:

- la de fiebres (Febres);
- la de sífilis (mal de siment);
- la de heridos (nafrats).

y se mantuvieron otras tres procedentes de los hospitales unificados:

- la de locos (dements).
- la de niños expósitos (borts).
- y la de leprosos.

Según datos recogidos en el siglo XVII: “En las diferentes estancias del Hospital pueden colocarse hasta 1.100 enfermos, distribuidos según sexo y la clase de enfermedad que padecen. La asistencia corporal y espiritual está encargada a 9 sacerdotes, 4 médicos, 1 cirujano mayor, 4 tablajeros, 4 practicantes de cirugía y 50 hermanas de la caridad, con los demás criados subalternos.”

La estructura organizativa en el siglo XVII se encuadraba de la siguiente manera:



## **Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

Con la Ley General de Sanidad (1986) se debió integrar el Hospital en la Red Sanitaria de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

Ya en 2002, se consiguió integrar, con una fórmula organizacional novedosa enmarcada dentro de los nuevos modelos de gestión, que dio pie a la creación del **Consortio del Hospital General Universitario de Valencia.**

El Consortio supuso una nueva fórmula de gestión con personalidad jurídica propia y sus órganos de gobierno quedaron como sigue:

- El Consejo de Gobierno.
- El Presidente.
- El Vicepresidente.
- El Director Gerente.

En el año 2000, se constituyó la Fundación de Investigación del Hospital General y desde su creación ha ido creciendo en su actividad investigadora. Se establecieron unas nuevas Instalaciones en 2005 con cargo a recursos del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), en las que se integran laboratorios con tecnología de vanguardia para llevar a cabo una investigación de alto nivel y poder así incorporar nuevas fórmulas con las que mejorar los procesos médicos y quirúrgicos.

Con la creación de las nuevas instalaciones, el Consortio Hospital General Universitario dispone de laboratorios y animalario con la tecnología necesaria para dar soporte a proyectos de investigación de máximo interés en la actualidad. Destacan la Unidad de Terapia Celular, la Unidad de Medicina Molecular, la Unidad de Investigación Transaccional o la Unidad de Investigación Clínica para la realización de ensayos clínicos con medicamentos.

La misión principal de la Fundación de Investigación del CHGUV comprende diferentes aspectos tales como promover, potenciar y fomentar la investigación en el departamento Valencia-Hospital General; estructurar la investigación y proveer

## **Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

recursos; facilitar, conseguir y gestionar la financiación y, por último, difundir los resultados científicos.

En cuanto a sus valores, destacan que docencia e investigación son partes inseparables de la asistencia; que se cumplen las recomendaciones éticas de la institución; que están comprometidos con los objetivos del HGUV; la adaptabilidad para la innovación; la búsqueda de la mejora de la calidad de la investigación y las relaciones con las distintas instituciones y grupos de investigación.

Se otorga en 2007 la encomienda de Gestión de la Conselleria de Sanitat por la que se encarga al Hospital General la responsabilidad de dirigir todos los servicios de asistencia sanitaria (primaria y especializada) del Departamento 9 de Salud.

En 2008 se inauguraron las nuevas instalaciones de alta tecnología del Centro de Investigación y se produjo la firma del convenio de colaboración docente entre la Universitat de València y el Consorcio Hospital General. De esta manera, el Hospital General se convierte en sede de la Universitat de València para las Ciencias de la Salud.

En 2009, se produjo la inauguración de las nuevas instalaciones del Hospital de Día de Oncología que integra la actividad conjunta de consultas externas y se inauguraron también las nuevas consultas externas en el Pabellón B. Además, se iniciaron las obras del Edificio Quirúrgico.

El CHGUV se convirtió en 2009 en el primer centro sanitario de España en recibir un premio a su modelo de gestión sostenible.

2010 fue también un año de grandes innovaciones y mejoras en el CHGUV: se implantó el Hospital de Día Polivalente; empezó a funcionar una nueva Área de Atención Integral al Paciente Pluripatológico; se creó la nueva unidad de cuidados intermedios en pediatría y, por último, se puso en marcha el Club de Mama.

El año pasado comenzaron a funcionar nuevos centros de Atención Primaria como el de Nou Moles, el de Paiporta y el de Picanya.

### **3.1.2. El CHGUV en la actualidad:**

El Hospital General es, hoy en día, una institución de derecho público que presta servicios de asistencia ambulatoria especializada y hospitalaria y es el centro desde el que se dirige toda la actividad asistencial, tanto primaria como especializada del departamento 9. Es uno de los hospitales más prestigiosos por su avanzada tecnología, su trato humano y su cartera de servicios, que recoge un gran número de unidades de referencia para distintas especialidades médicas.

Además, a lo largo de este último año se han llevado a cabo diferentes actividades conmemorativas por la celebración del 500 aniversario del Hospital. El CHGUV ha querido reconocer la labor de instituciones y personalidades que han jugado un papel decisivo en la historia del Hospital en la conmemoración del V centenario. Los príncipes de Asturias presidieron el acto que ha cerrado las actividades científicas, históricas y culturales que la Fundación Hospital Reial i General ha venido desarrollando durante todo el 2011 y comienzos de este año.

El príncipe de Asturias elogió el trabajo de todos los profesionales que con su dedicación y empeño han contribuido a mejorar la salud de la sociedad y les entregó unos galardones en reconocimiento al importante papel desarrollado.

La celebración de este V centenario no hace más que consolidar la importancia del CHGUV en el servicio a los ciudadanos así como mostrar que su evolución a lo largo de la historia ha sido un éxito ya que, en la actualidad cuenta con los mejores profesionales a disposición de los pacientes y es centro de referencia en un gran número de especialidades.

Tras estos 500 años de funcionamiento el Hospital sigue adaptándose a las necesidades de la sociedad y a la situación actual, de ahí, el especial interés que se ha puesto en la creación de las Áreas de Gestión Clínica dentro del mismo. En la visión de futuro del CHGUV, tal y como se recoge en el Anexo I en detalle, figura la idea de la gestión eficiente de recursos, uno de los ejes centrales de las AGC. Este nuevo modelo de gestión cuenta con el respaldo fundamental de la Gerencia del Hospital ya que los resultados obtenidos en su implantación en otras CC.AA ha sido

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

todo un éxito y ha resultado positivo no sólo a nivel económico, sino que el paciente ha sido el principal beneficiado.

## 3.2. Definición y proceso de implantación:

### 3.2.1. Definición:

Las Áreas de Gestión Clínica suponen una nueva forma de organizar la atención sanitaria incorporando a los distintos profesionales en la gestión de los recursos que van a utilizar en su propia práctica clínica. Aportan un elemento de calidad innegable, puesto que tienen como premisas fundamentales de trabajo la eficacia, la efectividad y la seguridad y sus objetivos vienen marcados por la satisfacción de los propios pacientes. Este modelo que descentraliza la toma de decisiones y apuesta por la autonomía de las Áreas de Gestión y la aplicación de los protocolos de buenas prácticas para garantizar una mejor asistencia sanitaria, una gestión económica más eficiente y una mayor satisfacción de los profesionales.

El modelo de Áreas de Gestión Clínica que se implanta en el Hospital General Universitario de Valencia tiene también antecedentes en otros países y en el nuestro, en diferentes Comunidades Autónomas con mayor o menor intensidad. El objetivo consiste en situar a la Gestión Clínica en el núcleo de la organización e incorporar al profesional sanitario a la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

El Decreto 667/2009 de 14 de julio que regula la estructura y funcionamiento de las Áreas y Unidades de Gestión Clínica establece en su artículo 2 las definiciones de las unidades y áreas de gestión clínica.

- Unidad de gestión clínica: “Unidades orgánicas dentro de un servicio hospitalario, de una zona básica de salud o de cualquier otra institución sanitaria...”.
- Área de gestión clínica: “Conjunto de unidades orgánicas de carácter multidisciplinar dependientes de un hospital, de varias zonas básicas de salud o de cualquier otra institución sanitaria...”.

Es decir, el carácter distintivo entre Unidad (UGC) y Área (AGC) reside en la mayor o menor complejidad de su estructura, pudiendo establecerse múltiples modelos en función de la composición de las mismas, desde unidades compuestas

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

por parte de un servicio hospitalario (como sería el caso de una UGC que fuera constituida por los profesionales que realizan endoscopias digestivas) hasta varios servicios diferentes de uno o más hospitales. Esta clasificación no es sólo aplicable a los centros hospitalarios ya que, aunque el modelo que se implantará más habitualmente será el de la constitución de un centro de salud como Unidad de Gestión Clínica, es posible la creación de Áreas de Gestión Clínica en Atención Primaria como sería el caso de que los pediatras de un área sanitaria decidieran constituirse como Área de Gestión Clínica de Pediatría de Atención Primaria.

El encuadramiento inicial de las Unidades y Áreas de Gestión Clínica se realiza en función de dos parámetros íntimamente relacionados:

1.- **Calidad asistencial** bajo el modelo de gestión por procesos. En función de este aspecto, una Unidad o Área de Gestión Clínica puede encuadrarse en tres niveles de calidad:

- Nivel básico (A): Las AGC incluidas en este nivel deben desarrollar de forma obligatoria una serie de procesos clave, relacionados con la Seguridad del Paciente y la Gestión de Riesgos
- Nivel intermedio (B): Se trata de avanzar en la consecución de objetivos de calidad para, en un último paso acceder a la posibilidad de ser acreditado por una agencia externa (JCI, EFQM)
- Nivel avanzado (C): Se trata de AGC que están en disposición de ser acreditadas por una agencia externa o ya lo han sido y están en proceso de re-acreditación.

2.- **Autonomía de Gestión.** Al igual que en el caso de la Calidad asistencial, la autonomía de gestión permite encuadrarse en tres niveles:

- Nivel básico (1)
- Nivel intermedio (2)
- Nivel avanzado (3)

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Los aspectos en los que se puede mejorar la autonomía de gestión de las AGC incluyen:

- Farmacia por receta y, en el caso de las AGC hospitalarias, el gasto de farmacia inducido que incluye las recetas emitidas por los médicos de Atención Primaria de medicamentos de diagnóstico hospitalario visado por la Inspección Médica en base a un informe previo de un médico de la AGC;
- Farmacia en el centro;
- Almacenes y Consumos incluyendo material sanitario, protésico ,medicación dispensada a pacientes hospitalizados;
- Cobros a Terceros;
- Control de Incapacidad temporal;
- Gestión Incentivación individual;
- Interconsultas;
- Pruebas diagnósticas;
- Gestión del equipamiento.

De la unión de estos dos elementos, surge la matriz de encuadramiento que muestra las posibilidades de mejora de un AGC.

Tabla 16. Encuadramiento de las Áreas de Gestión Clínica.

		6 perfiles de contratos de gestión		
		1c	2c	3c
Nivel de desarrollo de la calidad	<b>AVANZADO (c)</b> El AGC está acreditando el JCI o reacreditándolo.	1c	2c	3c
	<b>INTERMEDIO (b)</b> El AGC está en proceso avanzado de JCI.	1b	2b	
	<b>BÁSICO (a)</b> Las AGC cumplen estándares básicos relativos a Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos.	1a		
		AGC nivel 1	AGC nivel 2	AGC nivel 3
Nivel de autonomía de gestión:		Básica	Avanzada	Máxima

Fuente: Portal de Salud del Principado de Asturias. 2012. Elaboración propia.

### **3.2.2. Proceso normativo de implantación:**

Para poder implantar las Áreas de Gestión Clínica, el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia partió de un acuerdo firmado el 22 de Octubre de 2008 del Consejo de Gobierno del CHGUV por el que se aprobaba el Reglamento de Constitución de Áreas y Unidades de Gestión Clínica en el Ámbito del CHGUV. (Se incluye el índice del borrador del reglamento de las AGC en el Anexo II).

Este acuerdo se basó en el Artículo 41 del capítulo V de la Ley 3/2003 que regulaba lo siguiente: Las Áreas y Unidades de Gestión Clínica han de tener como objetivos fundamentales los siguientes:

- “Integrar la actividad del Área en la orientación al paciente, aplicando la gestión de los procesos asistenciales de manera que se garantice la máxima coordinación de los recursos y la excelencia en la prestación”;
- “Aplicar la Gestión Clínica entendiendo como tal la utilización adecuada de los recursos para la mejor atención a los enfermos, mediante la estandarización de las tareas y protocolos, utilizando para ello la evidencia científica de modo que se garantice la mayor eficacia, eficiencia y calidad posibles”;
- “Facilitar a los profesionales la implicación y corresponsabilización en la gestión a través de una mayor participación en la toma de decisiones, en la utilización de los recursos e incentivando el esfuerzo y los resultados, tanto en lo referente a la asistencia como a la gestión en general”;
- “Aplicar una mayor horizontalidad jerárquica, coordinación del trabajo y desarrollo profesional de los componentes del área.”

En el escenario de los sistemas sanitarios, se ha ido abriendo paso fundamentalmente en la última década la idea de que el personal sanitario, antes ajeno a los procesos de gestión, debe implicarse en los procesos de toma de decisiones, para lo que es importante establecer mecanismos organizativos más ágiles y adecuados para este fin, que en el ámbito académico empezó a denominarse Gestión Clínica.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

El Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell aprobó el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria, sustituyendo la distinción entre atención primaria y especializada, que jugó un papel fundamental en la consolidación del Sistema Nacional de Salud después de la Ley General de Sanidad de 1986. El artículo 3.7 de este Decreto prevé –en desarrollo de la previsión del art. 44 de la Ley 3/2003- la creación de Áreas y Unidades de Gestión Clínica como nuevas fórmulas organizativas orientadas primordialmente a la integración eficiente de recursos y procesos.

No obstante, el artículo 28 del Decreto 74/2007 regula la constitución de las Áreas y Unidades de Gestión Clínica en el ámbito de la propia Agencia Valenciana de Salud, lo que –dada la singular forma organizativa del CHGUV- exige de una adaptación a las peculiaridades organizativas y funcionales de esta Entidad, aún de forma trabada con la de la AVS, a través de una disposición organizativa en el ámbito del propio CHGUV. Esta norma guarda la necesaria coherencia con las previsiones reglamentarias destinadas a la propia AVS, dado que las Áreas y Unidades de Gestión Clínica han de alcanzar, para su efectividad, al personal de la propia Agencia que presta sus servicios en los centros del Departamento 9 de Salud y cuya gestión se encuentra encomendada al CHGUV.

El Plan Estratégico del CHGUV ya estableció entre sus acciones la progresiva extensión de técnicas de gestión clínica en su ámbito, así como la constitución de unidades funcionales en torno a esta idea fuerza. El documento director de Estrategia Corporativa 2008-2012 ha reforzado este posicionamiento, cuya primera experiencia ha sido la reciente puesta en marcha del *Instituto CardioVascular (ICV)* sobre una confluencia de objetivos e intereses clínicos de los Servicios orgánicos implicados, y que ha contado con el apoyo de la Dirección del CHGUV.

En consecuencia, el Consejo de Gobierno del CHGUV, a propuesta de su Comité de Dirección, en los términos previstos en el artículo 13 de los Estatutos refundidos del CHGUV aprobados por Convenio de colaboración interadministrativo publicado suscrito el 29/03/2006 y publicado en el *DOGV* 29/05/2006, acordó aprobar el Reglamento para la autorización y funcionamiento

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

básico de Áreas y Unidades de Gestión Clínica en el ámbito del CHGUV (Reglamento en Anexos).

### 3.2.3. Ejemplo práctico del proceso de implantación: El caso del ICV:

Para poder explicar el proceso que se está llevando a cabo en el CHGUV para implantar las AGC se muestra, de manera muy resumida, la experiencia piloto que ha servido como base para la implantación de este nuevo modelo de gestión en todo el ámbito del Hospital.

El caso que se desarrolla es el del Instituto Cardiovascular y Torácico (ICV), cuyo máximo representante es el Doctor Juan Martínez León. El ICV está formado por los siguientes servicios: Cardiología, Cirugía Cardíaca, Angiología y Cirugía Vascul ar y Cirugía Torácica incorporando recientemente el servicio de Neumología. En el Anexo III se detalla la favorable evolución de resultados en términos económicos y asistenciales que el ICV ha experimentado de desde su constitución.

La base para llevar a cabo esta experiencia piloto en el Hospital se sustentó en la siguiente legislación:

- Ley 3/2003 de 6 de febrero, Capítulo V sobre la estructura y organización del sistema sanitario público de la Comunidad Valenciana.

Artículo 41. Fórmulas organizativas de integración de los recursos asistenciales.

*La Agencia Valenciana de Salud, de conformidad con lo regulado en la normativa reglamentaria de ejecución y desarrollo de la presente Ley, podrá autorizar y desarrollar en sus centros la creación de nuevas unidades/fórmulas organizativas como son las áreas clínicas y las unidades de gestión clínica, que tendrán como objetivos fundamentales:*

- 1. Integrar la actividad del área en la orientación al paciente, aplicando la gestión de los procesos asistenciales de manera que se garantice la máxima coordinación de los recursos y la excelencia en la prestación.*
- 2. Aplicar la Gestión Clínica entendiendo como tal la utilización adecuada de los recursos para la mejor atención a los enfermos, mediante la estandarización de*

## **Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

*las tareas y protocolos, utilizando para ello la evidencia científica de modo que se garantice la mayor eficacia, eficiencia y calidad posibles.*

3. *Facilitar a los profesionales la implicación y corresponsabilización en la gestión a través de una mayor participación en la toma de decisiones, en la utilización de los recursos e incentivando el esfuerzo y los resultados, tanto en lo referente a la asistencia como a la gestión en general.*
4. *Aplicar una mayor horizontalidad jerárquica, coordinación del trabajo y desarrollo profesional de los componentes del área.*

### **Artículo 42. Áreas clínicas: Organización.**

*Las áreas clínicas se conforman como agrupaciones de recursos asistenciales que provienen de distintos servicios médicos y/o quirúrgicos o de soporte que atienden patologías afines y garantizan una respuesta integral al paciente, al tiempo que suponen un excelente medio para el desarrollo e implicación de los profesionales en la gestión de los recursos asignados.*

*Su organización se estructura en tres niveles: el comité de dirección, máximo órgano de dirección del área y que deberá garantizar la participación, comunicación y toma de decisiones integrada y coordinada, al tiempo que se responsabiliza del correcto funcionamiento del área y sus recursos; el director del área, que, al frente del comité de dirección, ejercerá como máximo responsable de la gestión del área; y las unidades clínicas asistenciales, que son las estructuras organizativas más elementales y operativas del área.*

### **Artículo 43. Unidades de Gestión Clínica.**

*Cuando se trate de recursos con un solo servicio se podrán formar unidades de gestión clínica, que, organizadas con una estructura matricial y basadas en criterios de gestión clínica, sean capaces de lograr una autogestión eficiente de toda su actividad así como de los recursos asignados. Dichas unidades podrán contar, a semejanza de las áreas clínicas, con un comité de dirección, responsable de la unidad, y unidades asistenciales básicas, éstas últimas como estructuras elementales de la unidad de gestión clínica.*

**Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

Artículo 44. Procedimiento para la creación de las nuevas unidades/fórmulas organizativas.

*Reglamentariamente se establecerá el procedimiento de creación de las áreas clínicas y de las unidades de gestión clínica en los diferentes organismos asistenciales.*

Artículo 45. Plan de gestión clínica.

*A las Áreas Clínicas y las Unidades de Gestión Clínica se les dotará de un plan de gestión clínica específico, en el que al menos se recogerá la cartera de servicios, el volumen de actividad, la financiación, los objetivos asistenciales, docentes y de investigación y sus niveles de calidad. Dicho plan será el equivalente, para ese nivel, al que apruebe, para el conjunto de la organización asistencial, la Agencia Valenciana de Salud.*

- Decreto 25/2005 de 4 de febrero, Artículo 2.1, apartado d.

Según el cual la AVS autoriza y desarrolla la creación de nuevas unidades/fórmulas organizativas.

- Decreto 74/2007 de 18 de mayo, Art. 3.7.

Que trata de la organización de asistencia sanitaria mediante fórmulas organizativas de integración de los recursos como las Áreas y Unidades de Gestión Clínica.

A partir de esta legislación, el ICV empezó su andadura en mayo de 2007 como Área de Gestión Clínica, dotándola de los instrumentos básicos de gobierno y gestión establecidos en la Ley.

El primer paso para su constitución fue decidir qué servicios formarían parte de la misma y por el principio de coherencia y con expectativas de mejora asistencial los servicios agrupados fueron los de Cardiología, Cirugía Cardíaca, Angiología y Cirugía Vascul. A continuación, se formó un Comité de Dirección como órgano de gobierno y por último se estableció el Plan de Gestión Clínica como instrumento para su gestión.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Una vez estructurada el AGC y con el organigrama definido, el siguiente paso, en 2008, fue el de la creación de una estructura organizativa funcional propia en la cual se crearon comisiones de apoyo a la gestión del ICV y a los diferentes responsables funcionales de mismo. Estas comisiones tratan temas como la docencia y la investigación; la calidad; los cuidados de enfermería; los procesos asistenciales o los implantes y el aprovisionamiento. A partir de este momento, el ICV empezó a funcionar como AGC.

Por tanto, el cronograma seguido para la constitución de este AGC fue:

Tabla 17. Cronograma de la constitución del ICV.

Año	Situación/ Evolución
2006	Servicios independientes con acuerdos de gestión independientes.
2007	Definición del AGC con acuerdo de gestión unificado y diferencial.
2008	Agrupación de todas las unidades del ICV en un solo centro de gasto y una unidad funcional. Primeros logros alcanzados.
2009	Consolidación del progreso obtenido en resultados de actividad, calidad y eficiencia.
2010	Nuevas metas en el ámbito de reducción de costes.
2011	Excelentes resultados tanto a nivel de consumos de Capítulo II (ahorro de cerca de un millón de euros) como a nivel de actividad.
2012	Mantener la tendencia de mejora en la atención al paciente (calidad, eficacia y eficiencia) y continuar reduciendo costes gracias a la gestión por parte de los profesionales.
2012 y futuro	Planteamiento de nuevos retos. Consolidación de resultados, potenciación de la identidad del ICV y alianzas estratégicas con el modelo de gestión compartida.

Fuente: Presentación "Compartiendo la gestión sanitaria". Junio 2012. Elaboración propia.

El ICV es una clara muestra de las mejoras que puede suponer la implantación del nuevo modelo de gestión y demuestra la capacidad del CHGUV para implementarlo y obtener grandes beneficios tanto para los pacientes como para la reducción de consumos. La calidad en la gestión, la eficacia y la eficiencia son las piezas clave de este proceso de cambio que supondrá, sin duda alguna un revulsivo en el Hospital.

### **3.2.4. Proceso de implantación en la actualidad:**

Actualmente, el CHGUV tiene en funcionamiento dos Áreas de Gestión Clínica: el Instituto Cardiovascular (explicado en el apartado anterior) y el Centro de Desarrollo Biomédico (CDB), formado por Hematología y Microbiología y se encuentra, a fecha de hoy, en proceso de implantación de las siguientes AGC:

- AGC Aparato Locomotor formada por:
  - Cirugía Ortoprotésica y Traumatología (COT);
  - Reumatología;
  - Rehabilitación;
  
- AGC Atención Médica Integral integrada por:
  - Endocrinología;
  - Medicina Interna;
  - Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD);
  - Unidad Médica de Corta Estancia (UMCE);
  - Urgencias
  
- AGC Cuidados Críticos constituida por:
  - Reanimación General;
  - Reanimación Cardíaca;
  
- AGC Enfermedades Digestivas compuesta por:
  - Cirugía General y Digestiva;
  - Medicina Digestiva;

**Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

- AGC Enfermedades Infecciosas constituida por:
  - Infecciosos;
  - Microbiología;
  - Medicina Preventiva;
  
- AGC Especialidades Médico-Quirúrgicas integrada por:
  - Odontología (Estomatología);
  - Oftalmología;
  - Otorrino;
  
- AGC Materno-Infantil formada por:
  - Cirugía infantil;
  - Pediatría;
  - Reproducción Humana;
  - Tocoginecología (Ginecología y Obstetricia);
  
- AGC Neurociencias constituida por:
  - Neurocirugía;
  - Neurología;
  - Psicología;
  - Psiquiatría;
  - Salud Mental;
  - Unidad del Dolor;

**Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

- AGC Oncohematología compuesta por:
  - Hematología Clínica;
  - Oncología;
- AGC de la Piel integrada por:
  - Alergología;
  - Cirugía Plástica;
  - Dermatología;
  - Unidad de Úlceras;
- AGC del Riñón y Enfermedades Urinarias formada por:
  - Nefrología;
  - Urología.

### 3.3. Descripción técnica (funciones y tareas del técnico de gestión y ámbito de actuación):

#### 3.3.1. Funciones y tareas del técnico de gestión:

Entre las diferentes tareas del gestor enmarcadas en el EFQM por Área de Gestión se encuentran las siguientes:

- Recopilar la siguiente documentación:
  - Códigos de consulta y agenda del Área de Gestión Clínica (AGC). Es de gran importancia la recogida de estos datos ya que permiten conocer qué tipo de consultas se realizan, la duración de las mismas, la demora que se produce mientras el paciente está esperando para entrar en la consulta... Para ello se disponen de herramientas informáticas tales como Iris o Abucasis que permiten la obtención de esta información.
  - Relación de Comités Internos existentes. Este apartado busca conocer si existen o no Comités internos en las AGC, la frecuencia con la que se realizan, la metodología que siguen... Es también importante conocer a través de un acta quién asiste y, a grandes rasgos, de qué temas se trata en cada uno de ellos.
  - Relación de Comités externos. La información a recopilar es la misma que en el caso de los Comités Internos pero hay que añadir a qué servicios o AGC pertenecen las personas que participan en ellos.
  - Acciones externas del AGC y su servicio de formación. Se pretende conocer en qué actividades, además de las propias del AGC en cuestión se realizan tales como actividades formativas, cursos, instituciones, asociaciones, participación en otros hospitales...
  - Relación de certificaciones y acreditaciones. Conocer cuáles tiene el AGC para saber en qué aspectos se desarrollan las funciones cumpliendo con los requisitos de algún certificado o acreditación y saber en qué otros podrían utilizarse. Es una forma de revisión de procesos y pretende medir

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

desde la calidad con la que se desarrollan las actividades en el AGC hasta su eficiencia y eficacia.

- Tratamiento de residuos. Conocer qué tipo de residuos produce el AGC y saber cómo gestionarlos para causar el menor impacto ambiental posible. Además, se intentará incentivar la menor producción de residuos en el AGC.
  - Relación de procesos internos y cartera de servicios. Conocer el procedimiento que sigue el AGC en el desarrollo de cada una de sus actividades y mantener dichos procesos bajo supervisión con la intención de poder mejorarlos cuando se descubra una nueva técnica más eficiente o eficaz. En cuanto a la cartera de servicios es de gran importancia conocerla y mantenerla actualizada de manera que el AGC conozca cuáles los servicios que ofrece.
  - Circuitos asistenciales. Se quiere conocer cómo funciona el AGC, de dónde recibe la información, cómo la recibe, de qué centros viene (consultas ambulatorias, interconsultas, urgencias), cómo y dónde se citan las consultas sucesivas...
  - Clientes internos y externos, partners y proveedores. Hay que conocer qué entradas y salidas se producen en el Hospital e intentar identificarlas para poder controlar los movimientos que se producen.
  - Docencia y MIR. Es importante conocer cuántos residentes hay, cuánto tiempo llevan, en qué servicios se encuentran...
- Elaboración de los siguientes documentos:
- Actas de reunión del AGC. Es importante pasar un acta en todas las reuniones que se produzcan en el AGC para así conocer quién asiste, con qué frecuencia se dan las reuniones y de qué temas se trata en cada uno de ellos.
  - Organigrama actual y propuesta del Organigrama del AGC. Análisis del Organigrama existente y definición del organigrama dentro del AGC con el

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

reparto de los trabajadores dentro del AGC. Es muy importante definir claramente cuáles serán las unidades de asistencia básicas.

- Cartera de servicios actualizada. Con la información recaba anteriormente se definirá una cartera de servicios que deberá estar al día y ser conocida por las personas implicadas en el AGC.
- Relación de personal. Una lista actualizada del personal que trabaja en el AGC con su plaza, su función, su cargo, su antigüedad... permite conocer los recursos de los que dispone el AGC y organizarse en función de ellos.
- Estructura de las guardias y planilla de enfermería. Por cada enfermera que trabaja a turnos hacen falta 6 personas más en su puesto para que esa posición esté cubierta las 24 horas del día los 365 días del año. Por tanto, conocer los recursos y su distribución es imprescindible para el buen funcionamiento del AGC.
- Relación de Indicadores generales y específicos. Identificar los indicadores que son de utilidad en el correcto funcionamiento del AGC, listarlos y analizar sus resultados de manera que puedan resultar útiles.
- Definir el Cuadro de Mandos. Elaborar un Cuadro de Mandos que se adapte a las expectativas que se tienen en el AGC.
- Actividad del Hospital. Recopilar la actividad mensual hospitalaria y extrahospitalaria y analizarla para poder obtener de ella datos que puedan servir para conocer el funcionamiento del AGC y detectar posibles datos anómalos debidos a situaciones puntuales.
- Relación de instrumental y maquinaria y plan de necesidades. Hacer un inventario de lo que posee el AGC y conocer el estado en el que se encuentra dicho inmovilizado permitirá saber de qué material se dispone y cuál está obsoleto y cual renovado o en buenas condiciones de uso.
- Elaboración del proceso. Con la información recabada en el apartado anterior se llevará a cabo una descripción de los procesos que se siguen en el AGC de manera que sean estandarizados y sigan las mismas normas.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- Planos específicos del AGC. Los gestores deberán disponer de los planos del AGC para así poder cuantificar salas, quirófanos...
  - Redacción de la misión, visión y valores. Junto con el jefe del AGC y las personas implicadas en su gestión deberá definirse la misión, la visión y los valores del AGC.
  - Identificar los datos no registrados informáticamente. Fomentar el uso de herramientas telemáticas y la recogida de la información en el mismo formato de manera que se útil trabajar con ella y no hayan “lagunas” de información.
  - Demoras y lista de espera. Identificar la demora media y total así como controlar los pacientes que más tiempo llevan en lista de espera para buscar una solución óptima para ellos.
  - Acuerdos de gestión. Implantar, junto con los responsables del AGC, los indicadores que se establecen para valorar el funcionamiento del AGC así como realizar un control periódico que permita conocer la existencia de desviaciones.
  - Encuestas de satisfacción. Conocer los resultados de las mismas, tanto de las propias del Hospital como aquellas provenientes de Conselleria, saber también si hay quejas, sugerencias o agradecimientos y gestionarlos de manera que reviertan positivamente en el funcionamiento del AGC.
- Archivo:
- Recoger publicaciones, jornadas, simposios... relacionados con el AGC.
  - Archivar la actividad investigadora así como las actividades de formación continua realizadas en el AGC.

Se incluye el Checklist usado por el CHGUV para esta tarea en el Anexo IV.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

Además de las funciones definidas anteriormente, el técnico de gestión del AGC realiza una serie de informes que son la base sobre la cual los responsables de las AGC podrán tomar decisiones. Entre los informes más relevantes se encuentran los siguientes:

### ➤ Informe Económico:

Este informe recoge los datos económicos sobre los consumos que realiza cada Área de Gestión Clínica. Sigue una estructura que va de la información macro a la micro (igual que el resto de informes que nombran a continuación) y se compone de los siguientes apartados:

- a) En primer lugar, se analizan los costes totales del Área desglosándolos por servicio. Este primer análisis muestra, a grandes rasgos, dentro del AGC cuál es el servicio que más recursos consume.
- b) A continuación, se realiza el desglose por áreas. Las áreas del AGC pueden ser las siguientes: la Farmacia de Dispensación Ambulatoria; el Quirófano, las Consultas Externas; el Hospital de Día; la Hospitalización y las Técnicas. Esta segunda parte permite conocer en qué área se consumen más recursos.
- c) En tercer lugar, el análisis se lleva a cabo sobre los orígenes de coste, es decir, la Farmacia, el Material Sanitario, el Material No Sanitario, los Servicios Contratados, los Suministros Exteriores y Gastos Diversos. Estos orígenes de coste se refieren a todos los consumos que se realizan sobre el Capítulo II, es decir, sobre aquellos en los que se puede influir. No se incluyen orígenes como las Inversiones, que forman parte del Capítulo VI o Personal, que es el Capítulo I.
- d) Por último, se analizan de forma conjunta los servicios con las áreas y los servicios con los orígenes de coste. Esto permite observar dentro de cada servicio dónde se consume más y por tanto, ofrece una información muy valiosa a la hora de la toma de decisiones.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

### ➤ Informe de Dispensación Ambulatoria:

En caso de que el AGC en cuestión consuma una parte de sus recursos en Dispensación Ambulatoria (DA) se realiza un análisis detallado de la misma.

La Dispensación Ambulatoria hace referencia al consumo de fármacos por parte de los pacientes que no se encuentran ingresados en el Hospital y que siguen un tratamiento específico. Dicho tratamiento suele tener un coste elevado y, por tanto, no es suministrado por las farmacias si no por el propio Hospital.

La estructura de este informe es la siguiente:

- a) Se presenta una tabla inicial que muestra, por servicio, el consumo de los artículos con su código de registro y la descripción de los mismos. Esta tabla incluye, además, una comparativa entre los períodos analizados obteniendo así la variación que se produce en el consumo de los mismos. Esta primera información permite observar las pautas de recetado así como la utilización de nuevos fármacos y la desaparición de aquellos que van quedando obsoletos gracias a los avances científicos.
- b) A continuación, el informe contiene una tabla resumen con la información referente al número de pacientes que reciben la DA, las unidades dispensadas, el coste por paciente y un apartado que hace referencia a los pacientes de fuera del área que reciben estos tratamientos y el coste que estos suponen. Esta información también viene comparada por períodos.
- c) La siguiente información que recoge el informe se compone de una tabla que desglosa por áreas y meses (comparando períodos) el consumo de la DA. Esta información permite ver la evolución del consumo mensual, compararlo con otros períodos y analizar de qué áreas proceden aquellos pacientes que consumen la DA. Esta información va acompañada siempre por un gráfico que muestra de manera visual lo descrito anteriormente.
- d) La última parte del informe es un desglose de aquellos pacientes de fuera del área que reciben DA. Este desglose contiene el SIP del paciente, el área de procedencia, el tratamiento que recibe y el consumo mensual. Estos

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

datos aportan una gran cantidad de información que puede resultar de utilidad a los jefes de área y de servicio a la hora de tomar decisiones.

El desglose anterior hace referencia al Informe de Dispensación Ambulatoria que se envía a cada Jefe de Servicio mensualmente de manera individual. Previo a este Informe, se hace uno global que contiene los datos resumidos y que, junto con el de todos los servicios, se envía a la Gerencia.

### ➤ Informe de Control presupuestario:

Este informe supone en la actualidad un “simulacro” de lo que se llegará a implantar cuando las AGC tengan autonomía y dispongan de su propio presupuesto para gestionar.

El propósito principal de este informe es el de informar a los responsables de la toma de decisiones del presupuesto inicial, de lo que se ha consumido y de lo que queda disponible para así gestionar los recursos existentes.

### ➤ Informe de Actividad:

El informe de Actividad se divide en cuatro partes en función de los datos de contengan:

#### 1. *De Hospitalización:*

Este apartado contiene la siguiente información: los ingresos programados, los ingresos urgentes, los traslados recibidos, el total de ingresos, las estancias, las interconsultas, las altas, los exitus, las urgencias atendidas, las altas voluntarias y los traslados exteriores.

Con estos datos se realiza una tabla que compara la información de este año con la información del mismo período del año pasado y muestra la variación que se produce.

Además, los datos más significativos se representan de manera gráfica de forma que sea más rápido ver los movimientos que se han producido.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

### 2. De los Indicadores de Hospitalización:

Estos indicadores recogen:

- La **presión de urgencias** que es la proporción entre los ingresos realizados a través del Servicio de Urgencias y los ingresos totales del hospital.
- Las **urgencias ingresadas** respecto a las atendidas son la proporción entre los ingresos realizados a través del Servicio de Urgencias y el número de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.
- La **estancia media** corresponde a los días que, por término medio, están ingresados los pacientes.
- El **índice de ocupación** es la proporción entre las estancias reales generadas en un período de tiempo y las estancias teóricas posibles en ese mismo período. En el denominador se incluirán todas las camas.
- El **índice de rotación** es el número de pacientes que rotan por una cama en un intervalo de tiempo.

### 3. De Actividad Quirúrgica:

En el informe se distingue entre la Anestesia General y la Anestesia Local y de ambas se estudian los siguientes aspectos:

- Quirófano: Tiempo de utilización de quirófanos programados en relación con el tiempo disponible total en una jornada quirúrgica.
- Se calcula de la siguiente manera: (Tiempo de duración en minutos de los procedimientos programados realizados en quirófano) + 15 x (Nº IQ Programadas de Cirugía Mayor – Nº Jornadas) / (Nº Jornadas x 7 h. x 60 min.)
- Teniendo en cuenta que la duración de una jornada quirúrgica es de 420 minutos.
- Intervenciones programadas: Promedio mensual de intervenciones quirúrgicas programadas con anestesia general o local realizadas por quirófano disponible.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- Pacientes por sesión: Corresponde al cociente entre el número de intervenciones programadas y el tiempo de quirófano.
- Intervenciones urgentes: Número de intervenciones que se han realizado de manera urgente, sin estar programadas.
- Intervenciones suspendidas: Porcentaje de intervenciones que habiendo sido programadas son finalmente canceladas por cualquier causa, sobre el total de intervenciones programadas previstas.
- Demora media: Es el número de días que, por término medio, esperan el conjunto de pacientes desde la fecha solicitada, hasta la fecha de cita.

### 4. De Consultas Externas:

De las Consultas Externas se trabaja con la siguiente información:

- Primeras consultas: Consulta en la que un paciente recibe por primera vez asistencia en régimen ambulatorio, en una especialidad o subespecialidad y por una entidad patológica determinada.

Serán consideradas como primeras consultas las citas provenientes de Atención Primaria y Atención Especializada si son:

- Procedentes de otras organizaciones de servicios de atención especializada (hospitales o ambulatorios);
- Procedentes de consultas de otra especialidad;
- Procedentes de especialidades y que se piden para una subespecialidad definida, aunque procedan de la misma especialidad;
- El Servicio de Urgencias hospitalarias, después de su alta. Un ingreso de hospitalización que solicita para otra especialidad o subespecialidad diferente a la responsable del ingreso.
- Un episodio de hospitalización en el Hospital de Día Médico y que se solicita para otra especialidad o subespecialidad diferente a la responsable del episodio.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- Una segunda opinión, procedente del Servicio o unidad de Atención al Paciente y Usuario de los hospitales, y de las Áreas de Atención al Cliente en los ambulatorios y centros de salud. Otras entidades aseguradoras o mutuas.
- Interconsultas: número de veces en las que un profesional de la salud se comunica con otro para solicitar la continuidad del proceso diagnóstico terapéutico de un paciente.
- Sucesivas: Consulta en la que un paciente recibe asistencia en régimen ambulatorio por una misma entidad patológica, en la misma especialidad o subespecialidad, y que no queda incluida en el concepto de primera consulta. Pueden ser: Sucesiva de resultados: es una consulta sucesiva en la que se valoran las pruebas o exploraciones complementarias solicitadas en la primera consulta. Sucesiva ordinaria/revisión: es la consulta sucesiva que no queda incluida en la definición anterior.
- Técnicas: Número de pruebas diagnósticas y terapéuticas no quirúrgicas.
- Demora media: Es el número de días que, por término medio, esperan el conjunto de pacientes desde la fecha solicitada, hasta la fecha de cita.

La definición de todos estos conceptos se recoge en los apuntes de la asignatura Tecnología de los Servicios Sanitarios, impartida por el Doctor Rafael Rodríguez.

### ➤ Informe de Actividad Concertada:

El CHGUV cuenta con una serie de actividades concertadas con otras empresas. En este caso, el informe que se realiza contiene las actividades subcontratadas a la empresa ERESA entre las cuales se encuentran los Tacs, las Resonancias Magnéticas (RM) y las pruebas de Medicina Nuclear (MN).

Este informe recoge un análisis global del AGC y un desglose por servicios que contiene la siguiente información:

- a) El gasto total del Hospital que supone la realización de cada una de las pruebas, el gasto del servicio en cada tipo de prueba y el porcentaje que

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

supone cada servicio sobre el consumo total del Hospital en Actividad Concertada.

b) Un análisis por tipo de prueba que contiene:

- i. El tipo de prueba con su definición técnica, el número de pruebas que se realiza de cada tipo y el gasto que suponen;
- ii. El centro que solicita las pruebas con el número de pruebas que solicita y el gasto que suponen;
- iii. Un gráfico con la evolución mensual del consumo y el número de pruebas realizado.

### ➤ Informe de Atracción-Derivación:

En primer lugar hay que definir los conceptos de Atracción y Derivación.

- Se entiende por **atracción** el número de pacientes de otros departamentos que son atendidos en el Hospital bien porque son hospitalizados o bien porque son atendidos en consultas externas.
- Se entiende por **derivación** aquellos pacientes del departamento 9, al que corresponde el Hospital, que son hospitalizados o son atendidos en alguna consulta externa de otro hospital.

Este informe recoge el balance de atracciones y derivaciones que experimenta el Hospital. Por un lado, se realiza el total del Área de Gestión y a continuación, se desglosa por servicios.

El informe contiene la siguiente información:

- a) Una tabla con el total de atracciones y derivaciones distinguiendo entre aquellos pacientes que son hospitalizados (GRDs) y aquellos que reciben Consultas Externas, así como el saldo total de las mismas.
- b) Un desglose de las atracciones por departamento, con los GRDs, el número de pruebas y el coste que suponen las mismas así como un

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

gráfico que muestra la evolución mensual del consumo. Además, se incluye un gráfico con los GRDs más atraídos.

- c) Se realiza el mismo análisis para los pacientes derivados.
- d) A continuación, se recoge la información referente a las consultas externas que contiene los departamentos de los que “se atraen pacientes” o a los que “se derivan” pacientes con el número de episodios visitados y el coste total que eso supone. Esta información va siempre acompañada por gráficos que muestran cuáles son los departamentos de los que proceden y a los que acuden los pacientes.

### 3.3.2. **Ámbito de actuación**

El ámbito de actuación del técnico de gestión se ciñe a su Área de Gestión Clínica y en ella debe, principalmente, trabajar con los datos del Área para poder ofrecerlos a los gestores de la misma de una manera clara que facilite la toma de decisiones. Esta información puede ser de ámbito económico, relacionado con la calidad asistencial, con el consumo de recursos, con la disponibilidad de personal... Es imprescindible que el técnico analice la información antes de proporcionarla a los responsables de la toma de decisiones asegurándose de que ésta es lo más veraz posible.

Por ello, es de gran importancia que el técnico de gestión esté integrado en el equipo del AGC, asista a las reuniones y esté presente en cierta toma de decisiones que le permitan conocer a fondo el AGC en la que trabaja.

### 3.4. Organización y recursos humanos: Organigrama y definición de funciones:

En la actualidad (fecha 30 de mayo de 2012), la organización del CHGUV cuenta con las siguientes características y recursos:

➤ Características generales:

- Finalidad asistencial general;
- Dependencia de la Generalitat Valenciana;
- 500 años en funcionamiento;
- Contrato de gestión en 2010: 173.429.700 €.

➤ Recursos humanos:

- Número total de profesionales del Departamento (9): 3.419;
- Número total de profesionales sanitarios de Atención Primaria: 707;
- Número total de profesionales sanitarios de Atención Especializada: 288;
- Número total de profesionales sanitarios en el Hospital: 1895;
- Total profesionales sanitarios: 2.890.
- Además, se cuenta con la acreditación necesaria para impartir docencia.

➤ Estructura física:

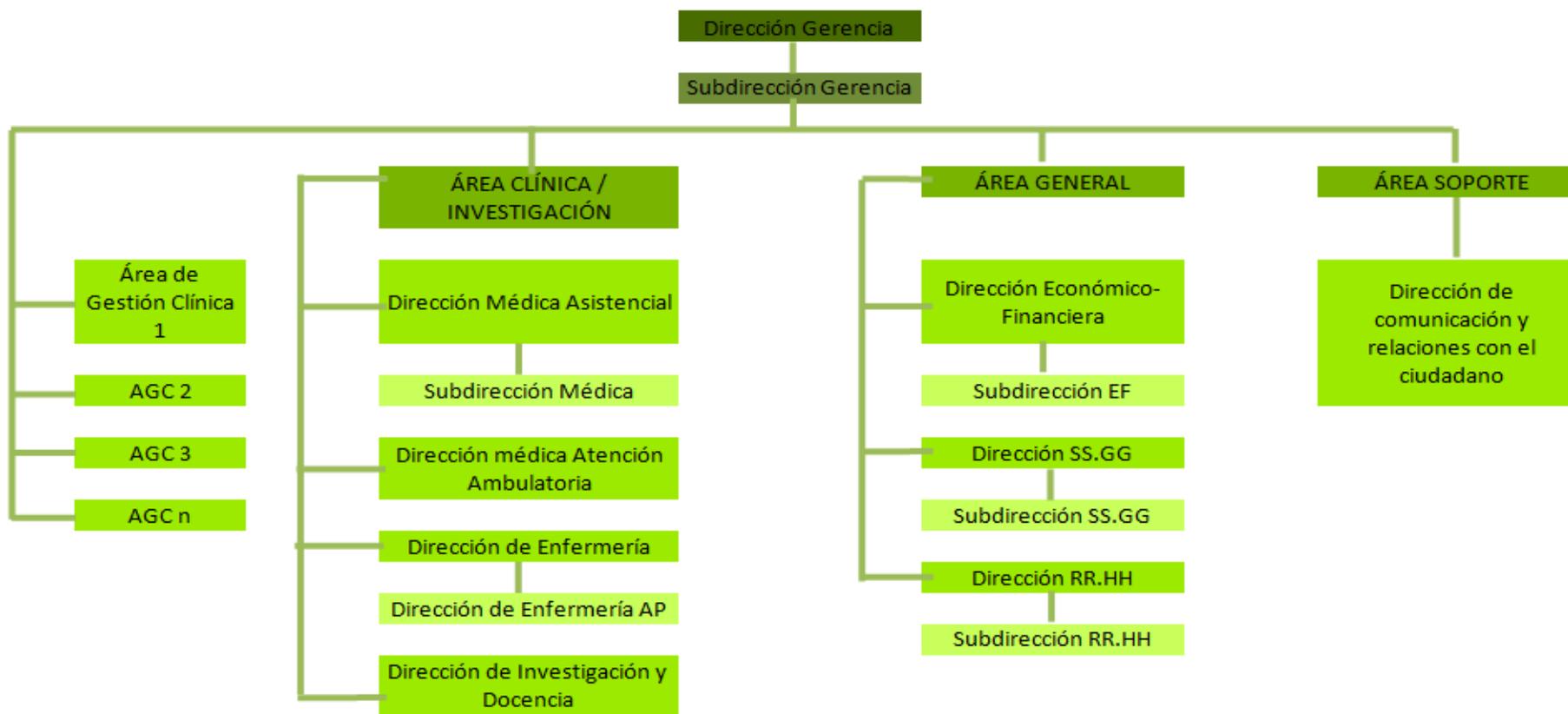
El Hospital cuenta con un total de:

- 518 camas instaladas;
- 26 quirófanos;
- Locales de Consultas Externas repartidos del siguiente modo:
  - 126 en el Hospital;
  - 46 en el Centro de Especialidades de Juan Llorens;
  - 18 en Centro de Especialidades de Torrent.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

En lo que se refiere al organigrama del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, se estructura de la siguiente manera:

Organigrama 2. Estructura del CHGUV.

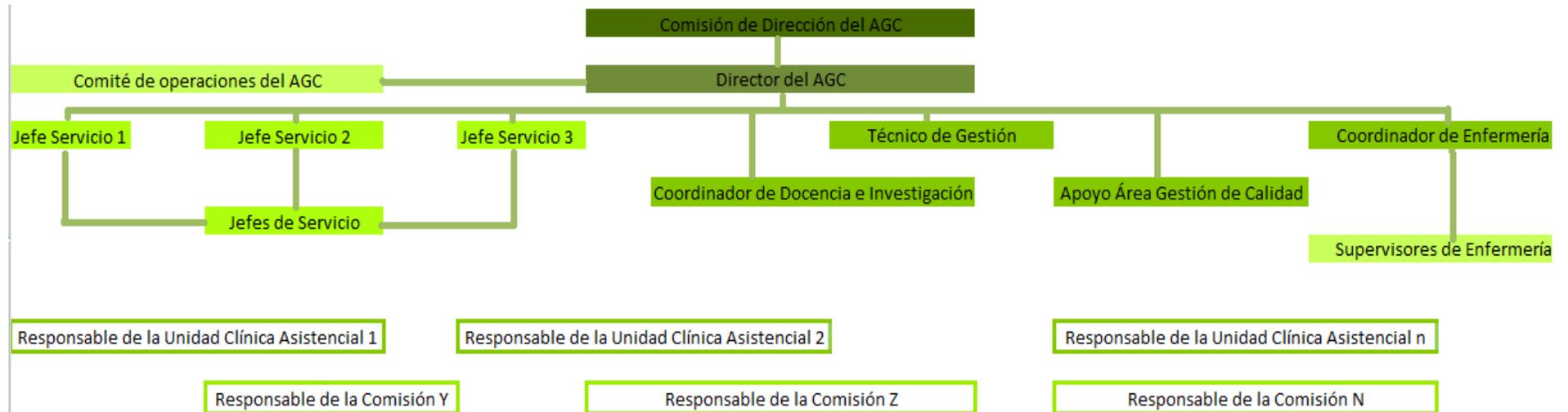


Fuente: Web del CHGUV.2012. Elaboración propia.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

A continuación, se muestra un modelo de organigrama de un AGC con sus funciones desglosadas:

Organigrama 3. Modelo de organigrama de un Área de Gestión Clínica:



Fuente: Presentación "Compartiendo la gestión sanitaria". Junio 2012. Elaboración propia.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

El desglose del organigrama de un AGC podría ser el siguiente:

### ➤ Comité Dirección.

El comité de dirección es el máximo órgano de dirección del Área y deberá garantizar la participación, comunicación y toma de decisiones integrada y coordinada, al tiempo que se responsabiliza del correcto funcionamiento del AGC. El Comité de Dirección del Área de Gestión Clínica estará constituido, al menos, por el director del Área, Coordinadores y los responsables de las Unidades Clínicas que la integren.

Su función será garantizar su correcto funcionamiento y el de las unidades asignadas, la actividad del personal adscrito a ellas y la custodia y utilización adecuada de sus recursos, y más específicamente:

- Establecer las directrices globales y estratégicas de gestión del Área mediante la aprobación del Plan de Gestión marco y/o plan operativo anual a presentar a la Gerencia del Hospital por parte de la Dirección del Área;
- Conocer y evaluar la gestión de Dirección del Área de Gestión Clínica;
- Aprobar el presupuesto para su elevación a Gerencia;
- Conocer y aprobar la memoria anual de Área a presentar por su Dirección;
- Conocer aquellos documentos oficiales de cualquier carácter que el Área deba elaborar por razones legales;
- Aprobar la modificación de las Unidades existentes, así como el nombramiento de los responsables de las mismas, a propuesta del director/a.

### ➤ Director del Área.

El director del Área Clínica es el máximo responsable del Área Clínica y sus funciones son desempeñadas por un facultativo especialista, preferentemente jefe de servicio, dependiendo directamente del director médico. No obstante, cuando concurren circunstancias singulares podrá designarse a un facultativo especialista

## **Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

de acreditada experiencia en gestión para desempeñar la dirección de un Área o Unidad de Gestión Clínica

Tiene capacidad ejecutiva, excepto para las decisiones que correspondan al Comité de Dirección del Área. El director del Área Clínica es nombrado por el Gerente del Departamento a propuesta del director médico y oído el Comité de Dirección del Área. Será evaluado anualmente en base a los resultados globales obtenidos por el área clínica en el marco del acuerdo de gestión del Departamento.

La designación del director/a o responsables consistirá en una atribución funcional de carácter anual prorrogable. Dependerá directamente de la Dirección del CHGUV y podrá ser convocado a sus Comités de Dirección.

Entre sus funciones destacan:

- Representa al Área en los órganos de Gobierno y Dirección del CHGUV;
- Preside la Comisión de Dirección (según disponga la Gerencia) y de Operaciones en las que ostenta voto de calidad;
- Dirige, gestiona, coordina y controla todas las secciones, servicios y actividades del Área, siendo sus principales competencias la estrategia y visión del Área, la planificación a alto nivel, la gestión económica a alto nivel y las relaciones institucionales, comerciales y la comunicación interna y externa del Área;
- Asume la responsabilidad sobre las competencias en gestión que se le deleguen desde la Dirección del Consorcio;
- Es el responsable de ejecutar los acuerdos adoptados por la Comisión de Dirección y todas aquellas funciones que éste le delegue;
- Informa al Gerente del CHGUV y a los órganos de gobierno competentes sobre las actividades y los resultados del Área;
- Es el responsable de elevar las propuestas del Comité de Operaciones al Comité de Dirección.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

### ➤ Comité de operaciones:

El Comité de operaciones es un órgano participativo del conjunto de los profesionales del AGC, en la gestión, así como un instrumento de apoyo al director y al Comité de Dirección en el plano operativo de la gestión clínica. Sus funciones básicas consisten en:

- Elaborar la propuesta anual para el desarrollo de los objetivos del Plan de Gestión Clínica, consensuar los objetivos del Acuerdo de Gestión del Área y elevarlos al Comité de Dirección;
- Proponer objetivos y planes de desarrollo de los servicios de la cartera del Área así como propuestas de inclusión de nuevas pruebas, que deberán ir acompañados de informes justificativos así como de estudios de adecuación, de efectividad y de memoria económica;
- Conocer las propuestas anuales de presupuestos de actividad y gasto y planes de inversión, presentados por la Dirección del Área con la finalidad de promover y aportar mejoras a la gestión y la competitividad;
- Aprobar políticas y planes de actuación en materia de formación e investigación en el marco de actuación de la totalidad del Área, de forma alineada con la política global del CHGUV en esta materia, y elevar dichas propuestas al Comité de Dirección del Área.

### ➤ Coordinador de Docencia e Investigación.

El Coordinador de Docencia e Investigación es el responsable de los aspectos relacionados con la Docencia y la Investigación del Área y en concreto se encargará de:

- Proponer e implantar planes docentes para satisfacer las necesidades formativas del personal de acuerdo con las políticas de RRHH del Área y los planes de desarrollo profesional y mejoras en el desempeño elaborados por el Coordinador de Asistencia y Organización;

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- Desarrollar los objetivos del Área en materia investigadora, inclusive la identificación de fuentes de financiación y fondos para las mismas;
  - Impulsar el prestigio externo del Área, fomentado su presencia en foros científicos y profesionales;
  - Gestionar las relaciones con las Sociedades Científicas y con las Universidades e Instituciones relacionadas con la actividad científica y formativa;
  - Canalizará las relaciones con la Fundación de Investigación del Área participando en las actividades que sea requerido;
  - Asumirá las actividades de Docencia MIR y de post-grado, de acuerdo con las políticas corporativas y los Instrumentos del CHGUV en esta materia;
  - Elaborará la Memoria Científico- Académica e Investigadora del Área, junto con las correspondientes memorias económicas que procedieran y la presentará a los órganos de gobierno del Área;
  - Otras funciones que por asignación le sean encargadas por parte de la Dirección del Área.
- Técnico de Gestión:

Sera el responsable del diseño y mantenimiento del Cuadro de Mando Integral del Área, así como difusión a la Dirección del CHGUV, del Área, y a los profesionales, de los indicadores de seguimiento establecidos

- Desarrollará criterios y controlará flujos de información para la correcta alimentación y explotación del SIE y restantes sistemas de Información implicados en la gestión económica del Área;
- Establecerá seguimiento y propondrá mejoras en los indicadores del Acuerdo de Gestión del Área;
- Elaborará los presupuestos de actividad y económicos del Área, contando con el apoyo de los responsables de los servicios y elevará su propuesta a la Dirección del Área para su aprobación;

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- Otras funciones que por asignación le sean encargadas por parte de la Dirección del Área o la Gerencia.

### ➤ Apoyo Área Gestión Calidad

Es el responsable de coordinar las actuaciones en materia de diseño e implantación de procesos asistenciales y de garantía de calidad del:

- Se encargará del diseño e implantación de protocolos y procesos clínico asistenciales del Área, de acuerdo con las directrices estratégicas y los objetivos operativos del Área. Para ello podrá contar con Grupos de Trabajo creadas a tal efecto;
- Gestionará las relaciones con los clientes, con el Hospital o con servicios extra hospitalarios del departamento para garantizar la continuidad y la homogeneidad de los procesos integrados a implantar, liderando actuaciones de evaluación y seguimiento de dichos procesos;
- Se responsabilizará de los sistemas de aseguramiento de la calidad técnica del laboratorio ( validación, calibraciones, ) de acuerdo con los criterios de las Autoridades Científicas y Administrativas, manteniendo la actualización continua de dichos sistemas, incluyendo los desarrollados en los Centros de Salud ( pre-analítica);
- Liderará las posibles implantaciones de Acreditaciones Externas, contando con la participación de los Responsables de Áreas de Conocimiento;
- Otras funciones que por asignación le sean encargadas por parte de la Dirección del Área.

### ➤ Coordinador de Enfermería.

Tiene entre sus funciones dirigir, supervisar, coordinar y evaluar las actividades del personal sanitario no facultativo del Área, proponiendo al director del Área las medidas necesarias para el mejor funcionamiento de dichas

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

actividades y desempeñar las funciones que expresamente este le delegue o encomiende.

Es responsable de coordinar los RRHH de enfermería de acuerdo con las directrices del Área y de la Coordinación Asistencial. Entre sus principales funciones se encuentran:

- Implanta estrategias de calidad asistencial relacionadas con el trato con el paciente;
  - Presta soporte a la Coordinación Asistencial en la asignación de los recursos de enfermería y en el establecimiento de trayectorias formativas de mejora en el desempeño y desarrollo profesional;
  - Coordinará las actividades correspondientes a la fase pre-analítica;
  - Otras funciones que por asignación le sean encargadas por parte de la Dirección del Área.
- Jefes de Servicio y Supervisores.

Su principal función es la de estar en contacto con el jefe del Área para poder poner en práctica aquellas decisiones que se aprueben. De ellos dependerá en gran medida la implicación del personal de cada servicio y que puedan llevarse a cabo todas las medidas adoptadas.

- Responsable Unidad Clínica Asistencial

Las Unidades Clínicas tendrán al frente un responsable, que dependerá directamente del director del Área Clínica de la que dependa o del director médico si no dependiera de ninguna. Su función será garantizar su correcto funcionamiento y la custodia y utilización adecuada de sus recursos. El Responsable de la Unidad Clínica será nombrado por el Gerente del Departamento a propuesta del director médico. Será evaluado anualmente en base a los resultados globales obtenidos por la Unidad Clínica en el marco del Acuerdo de Gestión del Departamento.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

### ➤ Responsables de las Comisiones:

Las estipuladas en un principio son las siguientes:

#### ○ **Comisión de adecuación de la práctica clínica**

Su objetivo es resolver las discordancias existentes entre las evidencias disponibles y su grado de aplicación en la práctica clínica real.

Para ello, se responsabiliza de actualizar y validar indicaciones, protocolos y guías clínicas, bajo criterios de evidencia y coste-efectividad, fundamentalmente en las áreas de prótesis, farmacia y exploraciones complementarias.

#### ○ **Comisión de inversiones, compras y evaluación de tecnologías**

Su objetivo es evaluar la necesidad y oportunidad de la adquisición de equipamiento y fungibles para las distintas actividades asistenciales del AGC.

Para ello, bajo la óptica de la toma de decisiones al uso en la metodología de evaluación tecnológica, analiza las propuestas que se presenten emitiendo el correspondiente informe.

#### ○ **Comisión de calidad y procesos**

Su objetivo es orientar las actuaciones de los profesionales en cada AC a la mejora continua de la calidad de los procesos asistenciales. Vehiculiza las relaciones con el Área de planificación y calidad, procurando la implantación de estas prácticas en el AC

Para ello, promueve la implantación de gestión por procesos y vías clínicas profundizando en la continuidad asistencial; monitoriza los indicadores asistenciales cuantitativos y cualitativos, en relación con la UDCA, y el desarrollo del Plan de Calidad del AGC. Promueve la autoevaluación y en su caso la evaluación externa. Implementa la cultura de seguridad clínica entre los profesionales promoviendo estrategias que la desplieguen en el AGC.

## **Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

### **○ Comisión de investigación, docencia e innovación**

Su objetivo es orientar el desarrollo de actividades, procesos y procedimientos de las diferentes AGC en el ámbito investigador y docente.

Para ello detecta las necesidades formativas en el desempeño de los profesionales del AGC y coordina el desarrollo de investigación de calidad, alineado con la Unidad de docencia e investigación. Además, propone acciones de innovación, fruto del análisis, a modo de observatorio, de las mejores prácticas en otros ámbitos y centros.

### **○ Comisión de cuidados**

La estandarización e individualización de los cuidados para proporcionar una atención individualizada son un objetivo prioritario para disminuir la variabilidad clínica en la práctica asistencial. La finalidad de esta comisión será la de fomentar, estimular y coordinar las actividades necesarias para garantizar la calidad de los cuidados de enfermería atendiendo a las necesidades de salud del individuo, familia y comunidad, desde el rol propio de la enfermera.

Para ello, identifica y potencia el auto cuidado en el continuo salud-enfermedad; fomentando y apoyando el compromiso del paciente y familia en el proceso de cuidados. Favorece su recuperación y el restablecimiento de su autonomía, asegurando la continuidad y la coordinación de sus cuidados con su familia, cuidador y equipo de Atención Primaria.

El Área será autónoma en la creación y disolución de los Comité, siendo único requisito que su constitución sea aprobada por los órganos de Gobierno del Área.

### **3.5. Estructura legal:**

Un Consorcio se caracteriza por ser una entidad de derecho público, dotada con personalidad jurídica y patrimonio propio. Al frente del mismo hay un Consejo de gobierno del que forman parte las entidades públicas o privadas consorciadas.

En el caso del CHGUV, y basando la información en sus Estatutos, a través de un Convenio de colaboración, aprobado en 2001 por el Consell de la Generalitat y el Pleno de la Diputación de Valencia, se creó el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia como un ente de derecho público con personalidad jurídica propia que tiene como finalidad fundamental la gestión del Hospital, bajo criterios de autonomía efectiva, sin perjuicio de su integración en la red pública sanitaria de la Comunidad Valenciana, con lo que ello lleva aparejado en cuanto al sometimiento a las directrices de la autoridad sanitaria.

El CHGUV empezó su actividad en Enero de 2002 y en 2006 se produjo una modificación del Convenio del Consorcio relativa a los Estatutos del mismo (Resolución de 12 de Mayo de 2006). La intención de esta modificación era ajustar algunos aspectos del convenio con el objetivo de profundizar en el modelo de gestión descentralizado, actualizando cuestiones relativas al patrimonio del Consorcio, su financiación, el régimen jurídico de su persona y otros aspectos formales y de adecuación a la planificación sanitaria.

En Febrero de 2007, a través de la Resolución de 13 de Febrero de 2007, se publica el Convenio de colaboración entre la Agencia Valenciana de Salud (AVS) y el CHGUV por el que se encomienda al Hospital la gestión de todos los centros sanitarios dependientes de la AVS y adscritos al departamento 9.

Como se nombra anteriormente, el 26 de Diciembre de 2001 se aprobaron los Estatutos del Consorcio. Dos años más tarde, aparecieron publicados en la Resolución de 19 de Diciembre de 2003 junto al Acuerdo de delegación de competencias en materia de personal, contratación y gestión económica que había aprobado el Consejo de Gobierno del Consorcio el 12 de diciembre de 2003.

En lo que se refiere a los apartados fundamentales para el funcionamiento del CHGUV se analizan los siguientes:

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

### a) Denominación, entidades consorciadas y domicilio:

- ❖ **Denominación:** En el artículo 1º de los Estatutos se indica que bajo la denominación de Consorcio del Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV), se constituye un Consorcio en el que participan la Generalitat y la Diputación de Valencia.
- ❖ **Entidades consorciadas:** El número de miembros del Consorcio puede ser ampliado con la admisión de nuevas entidades sin ánimo de lucro que puedan colaborar en sus objetivos. El acuerdo de admisión exige la mayoría prevista en el artículo 18.2 de estos Estatutos donde se indica que “será necesario el voto favorable de dos tercios del número legal de miembros para la validez de los acuerdos que se tomen sobre la modificación de los Estatutos y para la incorporación de nuevas entidades al Consorcio así como para su separación”.
- ❖ **Domicilio:** El domicilio del CHGUV es el de la sede del Hospital, avenida de Tres Cruces s/n, de Valencia, que podrá variarse por acuerdo del Consejo de Gobierno.

### b) Objeto y finalidades:

- ❖ **Objeto:** Prestación de la asistencia y servicios sanitarios, sociosanitarios, sociales y de desarrollo del conocimiento, así como la participación en programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y rehabilitación. Todo ello, en los términos previstos en el Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias de Sistema Nacional de Salud, norma derogada por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes en el SNS y el procedimiento para su actualización.
- ❖ **Finalidades** específicas del Consorcio:
  - La atención especializada en régimen extrahospitalario y en régimen hospitalario;

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- La atención primaria, promoción de la salud, educación sanitaria y la prevención de la enfermedad;
- La atención de rehabilitación;
- La prestación de servicios sociales: de prevención, de rehabilitación, de asistencia domiciliaria...
- Las actividades de conocimiento en los ámbitos de la sanidad y de las ciencias de la salud: la docencia, la investigación, la formación, la bioética, los sistemas de información y el impulso y el desarrollo de las tecnologías y de los recursos para mejorar la calidad de los centros hospitalarios;
- Todas las que estén directa o indirectamente relacionadas con las finalidades citadas anteriormente y que acuerde el Consejo de Gobierno;
- Cualquier otra de naturaleza análoga relacionada con las finalidades anteriores.
- Las finalidades a las que se refiere el apartado anterior podrán ser llevadas a cabo por el mismo Consorcio directamente o a través de cualquier otra forma de gestión directa o indirecta, admitida en derecho.
- Para el desarrollo de las actividades relacionadas con los diferentes ámbitos de conocimiento se podrán formalizar convenios de colaboración.

### c) Personalidad jurídica, capacidad y participación de los entes consorciados:

- ❖ **Personalidad jurídica:** Según el artículo 3 de los Estatutos, el Consorcio es una entidad jurídica pública, de naturaleza institucional y de base asociativa, dotada de personalidad jurídica plena e independiente de la de sus miembros y capacidad de obrar para cumplir sus fines.

El Consorcio, por medio de sus órganos representativos, además de las facultades que tiene como entidad de derecho público, podrá adquirir, poseer, reivindicar, permutar, gravar y enajenar toda clase de bienes, celebrar contratos, asumir obligaciones, interponer recursos y ejercitar las acciones previstas en las leyes.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- ❖ **Capacidad:** La gestión encomendada y capacidades otorgadas se realizarán con criterios de descentralización y autonomía, acomodados a los principios de eficacia, eficiencia, calidad y satisfacción para los ciudadanos, planificación, coordinación y cooperación y cualquier otro de características análogas que contribuyan al cumplimiento de las anteriores.
- ❖ **Participación:** El régimen de participación de las Administraciones Públicas consorciadas en la gestión y financiación del Consorcio es el establecido en el Convenio de Colaboración del que los Estatutos forman parte integrante.

### d) Régimen jurídico del Consorcio:

El Consorcio, que tiene carácter voluntario se registrará, según el artículo 4 de los Estatutos por:

- El Convenio Regulator;
- Los presentes Estatutos;
- La Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, modificada por la Ley 4/1999;
- La Ley 7/1985, de 2 de Abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local;
- La Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad;
- La Ley 15/1997, de 25 de Abril, de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión;
- El Decreto Legislativo 781/1986, de 18 de Abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de las Disposiciones Legales Vigentes en Materia de Régimen Local y por el resto de disposiciones que les sean de aplicación.

En el ejercicio de las competencias determinadas en el artículo 54.4 del Estatuto de Autonomía de 2006, Ley Orgánica 1/2006, de 10 de Abril, la Generalitat ejercerá la tutela de la organización y los servicios vinculados y/o dependientes del Consorcio, con el fin de asegurar el cumplimiento de su finalidad y velará por la correcta asignación de los recursos económicos.

**Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

e) Régimen patrimonial del Consorcio:

- ❖ El **patrimonio** del Consorcio lo constituirá el conjunto de bienes y derechos que le pertenezcan y aquellos que le sean adscritos o cedidos por las Administraciones consorciadas o por cualquier persona física o jurídica, pública o privada. En el caso de las cesiones o donaciones realizadas por personas físicas o jurídicas privadas, nunca podrá conllevar una contraprestación asistencial al efecto.

También constituyen parte del patrimonio del Consorcio, los fondos obtenidos por la prestación de servicios sanitarios a otras instituciones y terceros obligados al pago, en los términos establecidos en el Anexo II del Real decreto 63/1995, sobre ordenación de prestaciones sanitarias; y las donaciones y legados y cualquier otra aportación pública y privada que se aplique con una finalidad determinada, aceptada según lo previsto en la legislación vigente.

Los bienes muebles e inmuebles de la Diputación de Valencia destinados al servicio del Hospital tendrán carácter de cedidos al Consorcio.

Respecto al patrimonio propio, el Consorcio podrá adquirir a título oneroso o gratuito, poseer, arrendar bienes y derechos de cualquier clase, que quedarán afectados al cumplimiento de sus fines. Las adquisiciones, enajenaciones y gravámenes de los bienes inmuebles propios, requerirán el informe favorable de las Instituciones Consorciadas.

Todos los bienes patrimoniales serán objeto de inventario, indicándose en el mismo la clase, la naturaleza y la procedencia de dichos bienes así como el destino específico de los inmuebles adscritos.

El Consorcio deberá informar a la Diputación de Valencia de las inversiones efectuadas en los bienes inmuebles cedidos.

En caso de disolución del Consorcio, será de aplicación respecto de la totalidad de su patrimonio, tanto propio como adscrito o cedido.

**Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

f) Régimen económico-financiero:

Para la realización de sus objetivos, el Consorcio, según el artículo 6 de sus Estatutos, dispondrá de los siguientes medios y recursos económicos:

- Rendimiento de los servicios que preste;
- Aportaciones realizadas por las Entidades Consorciadas;
- Bienes y valores que constituyan su patrimonio;
- Otras subvenciones, ayudas o donativos;
- Productos y rentas de su patrimonio;
- Ingresos ordinarios y extraordinarios que esté autorizado a percibir , según el ordenamiento jurídico;
- Donaciones y legados y cualquier otra aportación pública o privada que se apliquen a una finalidad determinada y hayan sido aceptadas;
- Los créditos que se obtengan;
- Cualquier otro recurso que pudiera ser atribuido por la normativa aplicable.

El control económico-financiero del Consorcio será establecido en la Ley de la Hacienda Pública de la Generalitat para las entidades de Derecho Público.

g) Régimen presupuestario y contable:

En el artículo 7º se determina que el Consorcio estará sometido al régimen presupuestario, de control económico-financiero y de contabilidad pública que para las entidades de derecho público, determina el Decreto Legislativo de 26 de junio de 1991, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Hacienda Pública de la Generalitat Valenciana.

El Consejo de Gobierno aprobará un presupuesto anual, antes del 31 de Diciembre de cada año, que comprenderá la totalidad de los ingresos y los gastos que se prevé realizar en el ejercicio siguiente y que constará como mínimo de los siguientes apartados:

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

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

Dentro del primer trimestre de cada año, el director Gerente elevará al Presidente del Consejo de Gobierno propuesta de cuenta de explotación del ejercicio anterior y el inventario y el balance a 31 de Diciembre. El Consejo aprobará las cuentas y balances dentro del segundo trimestre del ejercicio siguiente al de referencia, como también la evolución del potencial de financiación para inversiones del ejercicio.

El Consejo decidirá el destino de los remanentes del ejercicio que se aplicarán en primer lugar a la amortización de deudas del Consorcio, si es el caso.

### h) Régimen jurídico de personal:

Según el artículo 8º de los Estatutos del Consorcio, el personal al servicio del CHGUV se clasificará de acuerdo con la naturaleza de los puestos de trabajo de su plantilla, en los regímenes y grupos de clasificación previstos en la normativa básica del Estado.

El personal perteneciente a la plantilla del Hospital, conserva su régimen jurídico con ocasión de su incorporación al Consorcio, manteniendo inalterable su situación de servicio activo o en la que en su caso le corresponda.

El CHGUV garantizó al personal que se incorpora proveniente de la plantilla del Hospital el respeto a la totalidad de derechos adquiridos, tanto los de contenido económico como los de contenido social o asistencial.

## **Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

El Consorcio se subroga en los derechos y obligaciones laborales del personal laboral perteneciente a la plantilla del Hospital, el cual se integra como personal de aquél.

La Diputación adscribirá al Consorcio el personal funcionario de plantilla del hospital, subrogándose en los derechos y obligaciones del mismo, de acuerdo con la normativa vigente.

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

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

Al personal del CHGUV le será de aplicación el régimen de incompatibilidades previsto en la Ley 53/1984, de 26 de Diciembre de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, y su normativa de desarrollo.

### **i) Régimen jurídico de contratación:**

Según el artículo 9º de los Estatutos, el Consorcio ajustará su actividad contractual a lo dispuesto en la Legislación de contratos de las Administraciones Públicas.

El CHGUV podrá adherirse a los procedimientos de contratación centralizada de la Conselleria de Sanidad.

## **CAPÍTULO 4: IMPACTO EN EL MODELO ASISTENCIAL Y REPERCUSIONES**

# Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

## 4.IMPACTO EN EL MODELO ASISTENCIAL Y REPERCUSIONES:

Como se nombra a lo largo del trabajo, este nuevo modelo de gestión se basa en la gestión por procesos sanitaria, la cual se define a continuación:

Un proceso es el conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracterizan por requerir ciertos inputs (productos o servicios obtenidos de otros proveedores) y tareas particulares que implican valor añadido con la intención de obtener ciertos resultados. También se puede definir como la gestión de todas las actividades de la empresa que generan un valor añadido o bien al conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuáles transforman inputs en outputs.

No todas las actividades que se realizan son procesos, para serlo, deben cumplir los siguientes criterios:

- La actividad:
  - tiene una misión o propósito claro;
  - contiene inputs y outputs (entradas y salidas) y se pueden identificar a los clientes, a los proveedores y el producto final;
  - debe ser susceptible de descomponerse en operaciones o tareas;
  - puede ser estabilizada aplicando la metodología de gestión por procesos (tiempos, recursos, costes).
- Se puede asignar la responsabilidad del proceso a una persona.

Por tanto, en este caso, un proceso comprende una serie de actividades realizadas por diferentes departamentos o servicios de la Institución Sanitaria, que añaden valor y que ofrecen un servicio a su cliente. Este cliente podrá ser tanto interno – si procede de otro servicio- como externo –nuevo paciente o acompañante-.

## **Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

La gestión por procesos es una forma de organización diferente de la clásica organización funcional y en ella prima la visión del cliente sobre las actividades de la organización. Los procesos así definidos, son gestionados de modo estructurado y la organización se basa en la propia mejora de esta estructura.

Este modelo de gestión aporta una visión y unas herramientas con las que se puede mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los clientes. Es muy importante tener en cuenta las relaciones entre proveedores y clientes ya que no hay que olvidar que los procesos los realizan personas y los productos los reciben personas.

Este modelo de gestión presenta numerosas ventajas entre las que destaca el hecho de que las Instituciones Sanitarias convergen numerosos tipos de actividad como pueden ser la actividad asistencial de primer nivel o especializada, la hostelería, la actividad económico administrativa, la ingeniería, el mantenimiento, y toda una serie de actividades de apoyo y servicio que son imprescindibles y de muy diversas características. Debido a esta gran diversidad y a la complejidad inherente a todos los procesos que se ejecutan en las Instituciones Sanitarias, existen altas probabilidades de incurrir en errores y desaprovechar recursos tanto humanos como materiales.

Una gestión por procesos estructurada, con los recursos y coordinación adecuados, permite optimizar de forma significativa la utilización de recursos y mejorar la calidad asistencial.

Por otro lado, la implantación de la gestión por procesos puede ser compleja ya que hay que tener en cuenta que supone un cambio en la organización. Además, las actividades sanitarias son complejas y están sometidas con frecuencia a una gran variabilidad. A esto hay que añadirle que estas actividades están regidas por personas con formaciones y criterios dispares que condicionan el desarrollo de cada proceso con sus decisiones. Por último, y no menos importante, la organización de los centros sanitarios en compartimentos funcionales estancos dificulta la fluidez de las actividades que conforman el proceso.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

A modo de resumen, la siguiente tabla muestra las principales diferencias entre la gestión tradicional (existente actualmente en el CHGUV) y la gestión por procesos (hacia lo que se ha encaminado el CHGUV):

Tabla 18. Diferencias entre la Gestión por Procesos y la Gestión Tradicional.

Gestión por procesos	Gestión tradicional
Se incorpora la gestión clínica basada en la evidencia;	Se centra sólo en procesos de práctica clínica;
Contempla los procesos de gestión de soporte y logísticos;	No contempla procesos de gestión;
Contempla la integración asistencial entre niveles de atención;	No contempla la continuidad asistencial;
La responsabilidad es única. Existe un coordinador del proceso;	La responsabilidad es compartida por varios profesionales;
Conviven la organización horizontal y vertical;	Prevalece la organización vertical;
Se somete el proceso a estabilización y control, lo que permite evaluar efectividad y eficiencia;	Evalúa la eficacia de la práctica clínica del proceso;
Mejoras de carácter proactivo permanente, gradual y radical;	Mejoras de carácter reactivo ocasional y, a veces, gradual de los procesos;
Aprendizaje sistemático dentro y fuera de la organización y del sector: Benchmarking.	Aprendizaje esporádico dentro de la misma organización.

Fuente: Servicio de Calidad de Atención Sanitaria. Elaboración propia.

Una vez definido el concepto de proceso y de gestión por procesos, pasamos a analizar los tipos de procesos existentes en la Sanidad.

Según el modo de afectación al cliente y la influencia en el desarrollo de la actividad sanitaria se pueden distinguir los siguientes procesos:

- **Clave:** son los que afectan de un modo directo la prestación del servicio asistencial y, por tanto, la satisfacción del cliente externo –paciente-. Algunos ejemplos son la atención en urgencias, la hospitalización en planta, las intervenciones quirúrgicas...
- **Estratégicos:** son aquellos que permiten desarrollar e implantar la estrategia de la Institución Sanitaria. Como ejemplos podemos definir los siguientes: el sistema de dirección, la planificación estratégica, la autoevaluación, la gestión de relaciones con el cliente...

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- **Soporte:** son aquellos que permiten el funcionamiento de la Institución Sanitaria pero que no son considerados como clave para la misma. Suelen ser procesos de gestión como el pago de nóminas, la facturación o la contabilidad y algunos otros como los procesos de auditorías internas, gestión de los sistemas de información, labores de mantenimiento...

Atendiendo a los departamentos que participan, la clasificación de procesos es la siguiente:

- **Multidepartamentales:** sus actividades se realizan integrando diferentes unidades, servicios o departamentos.
- **Departamentales o unifuncionales:** son aquellos procesos llevados a cabo por una sola unidad, servicio o departamento.

Este cambio hacia la gestión por procesos en el CHGUV supone una reingeniería en la organización del Hospital. Reingeniería es un término acuñado por Hammer y Champy que apareció por primera vez en un artículo de Hammer en 1990, "Reengineering Work" y ya en 1993 en el libro "Manifiesto para la Revolución de los negocios". Este término hace referencia a un cambio radical en la organización que implica modificaciones en la cultura y en la estructura de la organización, en este caso, del CHGUV. Este cambio debe ser liderado por la dirección, en este caso, por la Gerencia del Hospital (como así está siendo) y han de realizarlo los profesionales directamente implicados, al mismo tiempo que debe ser asumido por todo el Hospital.

Esta reingeniería viene motivada por tres objetivos principales:

1. Mejorar la calidad de los servicios y la atención al paciente (PFC):

El sistema sanitario debe estar centrado en el paciente y para ello hay que conocer sus necesidades y expectativas, es decir, qué necesita el paciente y cómo y cuándo lo necesita. En la actualidad la participación del paciente es bastante reducida debido a que existe una gran fragmentación y especialización de áreas y servicios. De aquí, que el primer paso realizado en la reingeniería de procesos del

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

CHGUV haya sido el de adaptar la filosofía de asistencia centrada en el paciente (PFC) y por ello, se han establecido las AGC como modelo de gestión.

Controlar el crecimiento del gasto sanitario (mejorando eficacia y eficiencia);

Teniendo en cuenta la situación económica actual del país, la contención del gasto sanitario es una prioridad del Hospital ya que no se puede gastar por encima de lo asignado. El Hospital ha optado por este nuevo modelo de gestión ya que no sólo beneficia al paciente sino que supone una mejora muy importante en la estructura de costes del CHGUV.

### 2. Incorporar las preferencias de los ciudadanos.

Cuando un paciente ingresa en el Hospital lo hace con unas necesidades y unas expectativas que espera que sean cubiertas. Estas expectativas se relacionan con la forma en la que el paciente espera que sus necesidades sean satisfechas. Por ello, hay que añadir dichas preferencias, para que no exista un “gap” entre lo esperado y lo recibido de tal manera que el paciente sienta que es el centro del proceso.

Por tanto, el impacto en el modelo asistencial se reflejará directamente en una mejor asistencia a los pacientes ya que la gestión por procesos permitirá agrupar los mismos en beneficio del paciente. Las AGC permitirán alcanzar la calidad total y eso repercutirá siempre a favor del paciente.

Las repercusiones de este cambio en el modelo de gestión afectarán no sólo a nivel de atención, sino que también supondrán una medida muy importante a la hora de reducir el gasto ya que se pondrá en práctica una gestión más eficaz y eficiente.

Además, el personal sanitario verá mejorar las relaciones profesionales, estará más motivado y trabajará con mayor y mejor información.

De esta manera, las Áreas de Gestión Clínica suponen un cambio en la forma de gestionar los recursos y los servicios que beneficiarán a las personas, tanto pacientes como trabajadores, y a la estructura de costes ya que estos se reducirán haciendo un mejor uso de ellos.

# Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

**CAPÍTULO 5:**  
**PROPUESTA DE ACTUACIÓN Y CONCLUSIONES**

# Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

## 5. PROPUESTA DE ACTUACIÓN. CONCLUSIONES:

Tras la realización del trabajo y el análisis de los datos y resultados, queda demostrado que la implantación de un nuevo modelo de gestión en el sistema sanitario es necesario. El Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, consciente de esta necesidad, ha optado por implantar las Áreas de Gestión Clínica como base en el nuevo modelo de gestión. Esta decisión se ha basado en el análisis de los resultados de las AGC implantadas en otras Comunidades Autónomas como Andalucía o Asturias ya que tanto el paciente como el control de gasto han sido los principales beneficiados. Además, desde la Gerencia se concluyó que el CHGUV tenía los medios y recursos para poder ponerlas en práctica y obtener con ello una mejor atención al paciente y una reducción en los consumos del Hospital.

Por tanto, tras el estudio llevado a cabo, puede concluirse lo siguiente:

### **Respecto la Sanidad y el sistema sanitario:**

Conclusión 1. La Sanidad supone un 40% de los presupuestos anuales de las Comunidades Autónomas y más de un 9% del PIB, aquí radica, en gran parte, la importancia de tomar las decisiones más adecuadas en la gestión del sistema sanitario.

Conclusión 2. El sistema sanitario actual no ha evolucionado en consonancia con las necesidades que han ido produciéndose con la evolución de la sociedad del siglo XXI. Por ello, es necesario replantearse la gestión del mismo de forma que se adapte a la realidad actual.

Conclusión 3. Hoy en día, cuando los presupuestos se ven disminuidos por la crisis económica, una mejor gestión de los mismos se convierte en algo fundamental. Por lo tanto, es imprescindible adaptarse a los cambios implantando nuevas formas de gestión que permitan ser más eficaces y eficientes, manteniendo e incluso mejorando, la calidad ofrecida en la atención a los pacientes.

**Respecto al análisis del entorno:**

Conclusión 4. A la situación económica hay que añadirle el aumento en la esperanza de vida de la población gracias a los avances que se están llevando a cabo en la medicina y en la tecnología sanitaria. Por tanto, hay que tener en cuenta que hay menos recursos disponibles y más población que los requiere.

Conclusión 5. Con la implantación de las AGC se multiplican las posibilidades de generar nuevos y mejores tratamientos, mejorar la comunicación, evitar ineficiencias y duplicidades y facilitar los trámites burocráticos. Además, se incorporan sistemas de autoevaluación con intención de detectar oportunidades de mejora.

Conclusión 6. A pesar de la natural resistencia al cambio, el personal implicado se verá motivado puesto que la coparticipación y el establecimiento de objetivos mejora la comunicación entre profesionales y los resultados obtenidos.

**Respecto a las funciones del técnico de gestión:**

Conclusión 7. El papel del técnico de gestión es fundamental ya que supone un nexo entre el AGC y la Gerencia y pretende ser un elemento motivador que ayude en la implicación del personal sanitario en la gestión. Además, constituye un apoyo esencial al inicio del proceso ya que dispone de las herramientas necesarias para poder implantarlo.

Conclusión 8. Una vez establecida el AGC, el papel del técnico se centrará en la recopilación de información así como de darle el tratamiento adecuado para que sea de utilidad en la toma de decisiones. Igualmente, el técnico estará a disposición del jefe del Área para cualquier tarea que le solicite ya que debe colaborar en la realización de las tareas y procesos necesarios, tanto en implantación como durante el desarrollo de este modelo de gestión.

## **Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

Conclusión 9. Una vez implantadas las AGC, el técnico seguirá siendo parte fundamental de las mismas para mantener la adecuada aplicación de las líneas de gestión establecidas para su consolidación e ir adaptando las posibles mejoras para su incorporación, en aras de una mejora permanente del sistema.

### **Respecto a la implantación de las Áreas de Gestión Clínica en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia:**

Conclusión 10. Para poder implantar este sistema, es fundamental el apoyo de la Gerencia y la participación del personal del Hospital. Con esta intención, se ha nombrado un técnico de gestión para cada Área que facilitará el establecimiento del mismo y que servirá de apoyo y conexión entre los distintos elementos implicados.

Conclusión 11. Este nuevo modelo de gestión ha dado muy buenos resultados en otras Comunidades Autónomas como Andalucía y el Principado de Asturias, por tanto, existe una experiencia positiva que ofrece una orientación sobre la que constituir las AGC en el CHGUV.

Conclusión 12. El propio Hospital ha llevado a cabo una experiencia piloto con el Instituto Cardiovascular que ha dado excelentes resultados. En base a esto y con los datos obtenidos, el CHGUV conoce de primera mano el funcionamiento de las AGC y los beneficios que conlleva su implantación.

Conclusión 13. La implantación de las AGC se apoya en un pilar fundamental para su correcto desarrollo que es el EFQM. Utilizar este modelo de excelencia facilita resultados excelentes, valga la redundancia, con respecto al rendimiento de la organización, a los pacientes y la sociedad y se logran mediante un liderazgo que dirija e impulse la política y la estrategia, las personas de la organización, las alianzas, los recursos y los procesos.

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

### Respecto al impacto en el modelo asistencial:

Conclusión 14. El objetivo principal de las AGC es una atención focalizada en el paciente (PFC -Patient Focused Care-), mejorando la calidad asistencial y gestionando los recursos disponibles con mayor eficacia y eficiencia. Esto es lo que busca el CHGUV, y por ello, se adoptó la decisión de implantar este sistema.

Conclusión 15. Las AGC están basadas en la gestión por procesos y no en la gestión tradicional. Este cambio en el modelo supone la integración asistencial así como un cambio en la estructura que pasa a ser más horizontal. De esta nueva estructura pueden obtenerse sinergias y alianzas que provocarán una mejora sustancial en la gestión de los recursos.

Conclusión 16. Este cambio en el modelo de gestión mejorará la atención a los pacientes, la motivación y el buen hacer de los profesionales sanitarios en todos sus niveles y estamentos, supondrá una mejor gestión de los recursos y un ahorro sustancial en la estructura de costes.

## CAPÍTULO 6: BIBLIOGRAFÍA

**Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

## 6. BIBLIOGRAFÍA:

### 6.1 Libros:

ASENJO M.A. *Gestión diaria del hospital*. Ed. Masson, 2006.

BLASCO, S., DEUSA, S., SIMARRO, F. y TORREGROSA, R. *Plan Estratégico (La Mejora en Acción)*. Valencia: Ed. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, 2003.

BLASCO, S., DEUSA, S., SIMARRO, F. y TORREGROSA, R. *Plan Estratégico (Planes de Actuación)*. Valencia: Ed. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, 2003.

BOHIGAS Ll. *Calidad y Eficiencia. Calidad en sistemas y servicios de salud*. Programa de Educación a Distancia. Medicina y Sociedad, Fundación Avedis Donabedian e Instituto Universitario CEMIC, 2000. Fascículo 3: 13-26

DE MIGUEL, E. *Introducción a la Gestión (Management)*. Tomo I y II. Valencia: Ed. UPV, 1993.

DOMÍNGUEZ MACHUCA, José A. *Dirección de operaciones: aspectos estratégicos en la producción y los servicios*. Madrid : McGraw-Hill, 1995

GÓMEZ-MEJÍA, Luis R., BALKIN, David B., CARDY, Robert L. *Dirección y gestión de recursos humanos*. 3ª ed. Madrid: Prentice Hall , 2006.

KOTLER, Philip. *Introducción al Marketing*. 2ª Edición. Prentice Hall, 2000. 496p. ISBN 8483221780

SANGÜESA, M., MATEO, R., ILZARBE, L. *Teoría y práctica de la calidad*. Madrid : Thomson, 2006.

TEMES MONTES, J.L., MENGÍBAR TORRES M. *Gestión hospitalaria*. Mc Graw Hill, 2011.

## 6.2 Apuntes:

CARRIÓN GARCÍA, ANDRÉS; JABALOYES VIVAS, José Manuel. *Gestión de la Calidad*. Universidad Politécnica de Valencia. Curso 2009-2010.

RIBES GINER, Gabriela. *Dirección de Recursos Humanos*. Universidad Politécnica de Valencia. Curso 2010-2011.

RODRÍGUEZ GIL, Rafael; RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, Pablo. *Tecnología de los Servicios Sanitarios*. Universidad Politécnica de Valencia. Curso 2008-2009.

## 6.3 Informes:

*Análisis y perspectivas 2012: Exclusión y desarrollo social* [en línea]. Fundación FOESSA -Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada. Disponible en:

<[http://www.foessa.es/publicaciones\\_compra.aspx?Id=4317&Idioma=1&Diocesis=42](http://www.foessa.es/publicaciones_compra.aspx?Id=4317&Idioma=1&Diocesis=42)> (Consulta: 13 de mayo de 2012)

*Diez temas candentes de la sociedad española para 2011* [en línea]. Price Water House Coopers, 2010. Disponible en:

<<http://www.consorci.org/accesos-directes/patronal/documents-i-publicacions/articles-i-publicacions-d2019interes/10-temas-candentes-sanidad-espanola.pdf>> (Consulta: 3 de noviembre de 2011).

*Encuesta de Condiciones de Vida*. [en línea]. Notas de prensa del INE, 2011. Disponible en:

<[www.ine.es/prensa/np680.pdf](http://www.ine.es/prensa/np680.pdf)> (Consulta: 13 de mayo de 2012).

*Informe de Evolución de afiliados a la Seguridad Social* [en línea]. Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2012. Disponible en:

<[http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Estadistica/Est/aaa/Afiliaciones\\_en\\_alta\\_laboral/Afiliaci\\_n\\_ltimo\\_d\\_a\\_del\\_mes/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/aaa/Afiliaciones_en_alta_laboral/Afiliaci_n_ltimo_d_a_del_mes/index.htm)> (Consulta: 14 de mayo de 2012).

*Informe del Gasto Sanitario Público* [en línea]. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010. Disponible en:

**Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

< <http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/gasto08.pdf>> (Consulta: 29 de abril de 2012).

*Innovación tecnológica en salud: fundamentos y perspectivas.* [en línea]. Fundación Mexicana para la Salud, 2005. Disponible en:

<<http://www.funsalud.org.mx/Libreria/INNOVACION.pdf>> (Consulta: 13 de mayo de 2012).

*Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana 2007-2011* [en línea]. Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. Disponible en:

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/valencia-plan-01a.pdf>> (Consulta: 13 de mayo de 2012).

*Salud con enfoque de género: Sesgos de género y determinantes de Salud* [en línea]. Instituto Andaluz de la Mujer, Consejería de la Presidencia e Igualdad. 2010. Disponible en:

<[http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/institutodelamujer/ugen/modulos/Salud/factors\\_eco.html](http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/institutodelamujer/ugen/modulos/Salud/factors_eco.html)> (Consulta: 13 de mayo de 2012).

*Sistema Nacional de Salud. Principales datos y cifras de la sanidad en España.* [en línea]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010. Disponible en:

<<http://www.msps.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>> (Consulta: 21 de febrero de 2012).

*Texto de la Proposición Parlamentaria. Resumen del Informe Abril de 23 de Enero de 1990.* [en línea]. Disponible en:

<<http://www.riberasalud.com/ftp/biblio/07102010131536resumen%20informe%20abril.pdf>> (Consulta: 27 de noviembre de 2011).

*Unidad de Gestión Clínica del Cáncer. Modelos organizativos en el entorno hospitalario de provisión pública.* [en línea]. Hospital Universitario de Villanueva de los Ángeles, Sevilla, 2010. Disponible en:

**Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

<[http://www.bartolomebeltran.com/actualidad/archivos/modelo\\_organizativo.pdf](http://www.bartolomebeltran.com/actualidad/archivos/modelo_organizativo.pdf)> (Consulta: 1 de mayo de 2012).

**6.4 Páginas web:**

BOE : < <http://www.boe.es/> > [Varias consultas (Octubre 2011-Junio 2012)]

CIS: < <http://www.cis.es/> > [Varias consultas (Enero 2012-Junio 2012)]

EUROSTAT: <<http://www.ec.europa.eu/eurostat> > [Varias consultas (Enero 2012-Junio 2012)]

INE: <<http://www.ine.es/>>[Varias consultas (Octubre 2011-Mayo 2012)]

INGESA: < <http://www.ingesa.msc.es/> > [Varias consultas (Octubre 2011-Diciembre 2011)]

Instituto Andaluz de Estadística: <<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/>> [Varias consultas (Enero 2012-Junio 2012)]

Instituto Catalán de Estadística: <<http://www.idescat.cat/es/>> [Varias consultas (Enero 2012-Junio 2012)]

Instituto Madrileño de Estadística: < <http://www.madrid.org/iestadis/>> [Varias consultas (Enero 2012-Junio 2012)]

Instituto Valenciano de Estadística: <<http://www.ive.es/>> [Varias consultas (Enero 2012-Junio 2012)]

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD: <<http://www.msc.es/>> y <<http://www.mspsi.es/>> [Varias consultas (Octubre 2011-Junio 2012)]

PORTAL DE SALUD DE ANDALUCÍA: <[www.juntadeandalucia.es/salud](http://www.juntadeandalucia.es/salud)> [Varias consultas (Enero 2012-Junio 2012)]

PORTAL DE SALUD DE CATALUÑA: < <http://www.gencat.cat>> [Varias consultas (Enero 2012-Junio 2012)]

**Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

PORTAL DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID:  
<<http://www.madrid.org/portalsalud/>> [Varias consultas (Enero 2012-Junio 2012)]

PORTAL DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA: < [http:// www.san.gva.es/](http://www.san.gva.es/)>  
[Varias consultas (Enero 2012-Junio 2012)]

RIBERA SALUD: < <http://www.riberasalud.com/>> [Varias consultas (Octubre 2011-Diciembre 2011)]

SLIDESHARE: <<http://www.slideshare.net/hospitalgeneralvalencia/el-instituto-cardiovascular-del-chguv-en-la-gestin-clnica-expectativas-con-el-nuevo-modelo-de-gestin-compartida>> [Varias consultas (Junio 2012)]

### **6.5 Cursos y conferencias:**

Material del I Curso de especialización en Áreas de Gestión Clínica para profesionales no sanitarios. CHGUV. Diciembre de 2011.

Conferencia “Compartiendo la Gestión Sanitaria” en la Cámara de Comercio de Valencia. (7 de Junio de 2012).

### **6.6 Normas:**

CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA. *Reglamento del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia*. Valencia: CHGUV, 2009.

# Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

## **CAPÍTULO 7: ANEXOS**

<b>Anexo 1: MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL CHGUV.....</b>	<b>167</b>
<b>Anexo 2: BORRADOR MODELO DE REGLAMENTO DE UN AGC DEL CHGUV.....</b>	<b>168</b>
<b>Anexo 3: EVOLUCIÓN DEL ICV.....</b>	<b>174</b>
<b>Anexo 4: CHECKLIST DOCUMENTACIÓN EFQM POR AGC.....</b>	<b>176</b>
<b>Anexo 5: EFQM: ELEMENTOS BÁSICOS.....</b>	<b>177</b>

# Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

## **7. ANEXOS:**

### **Anexo 1: MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL CHGUV:**

El Consorcio Hospital General Universitario de Valencia tiene como MISIÓN la provisión de servicios sanitarios especializados para prestar una atención personalizada, integral, integrada y de calidad a nuestra población.

La Visión de futuro que le guía es ser el mejor proveedor de servicios de salud integrados y orientados al ciudadano, reconocido por la excelencia e innovación en la prestación de la asistencia que gestiona los recursos de forma eficiente.

Los valores del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia son los elementos que identifican su personal estilo y modo de servir a la ciudadanía, a partir de:

- Un espíritu de equipo como clave de cooperación efectiva y experiencia acreditada.
- El conocimiento que les proporciona la investigación, la formación y la docencia desde el rigor científico y la puesta en común.
- La confianza que genera en sus usuarios la percepción de sentirse en buenas manos.
- Un compromiso social basado en el buen hacer y en la responsabilidad de todos sus profesionales.
- El orgullo de pertenecer a un servicio público, con más de 500 años de historia y tradición, comprometido con el medio ambiente, el entorno y las necesidades de salud de los ciudadanos.

Se establece una Misión totalmente alineada con el objeto social del CHGUV, se plantea una visión ambiciosa y sus valores son acordes con todo lo que significa una organización heredera del Hospital Real y General de la Ciudad y Reino de Valencia con 500 años de historia.

**Anexo 2: BORRADOR MODELO DE REGLAMENTO DE UN AGC DEL CHGUV:**

REGLAMENTO Y PLAN DE GESTIÓN CLÍNICA

ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE

---

Consortio Hospital General Universitario de Valencia

<b>INDICE</b>
---------------

**1.- INTRODUCCIÓN y MARCO ESTRATEGICO.**

- 1.1. Antecedentes
- 1.2. Misión
- 1.3. Visión
- 1.4. Valores
- 1.5. Normativa Legal/ Marco Jurídico
- 1.6 Ejes Estratégicos.
  - I. Orientación al paciente
  - II. Adecuación cartera de servicios
  - III. Gestión clínica
  - IV. Conocimiento
  - V. Infraestructuras y equipamiento
  - VI. Sistemas de información
  - VII. Profesionales. Trabajo en equipo

## 2.- CONSTITUCIÓN DEL ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA.

### 3.- ESTRUCTURA DEL ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA

3.1. Organigrama del Área Clínica

3.2. Entorno (físico y relacional)

3.3. Órganos de Dirección y Gestión

3.3.1 Director del Área

3.3.2 Comité Dirección.

3.3.3 Comité Participación

3.3.4 Coordinador de Docencia e Investigación

3.3.5 Coordinador de Enfermería.

3.3.6 Apoyo Área de Gestión Económica-Administrativa

3.3.7 Apoyo Área Gestión Calidad

3.3.8. Responsable Unidad Clínica Asistencial

3.3.9. Jefes de Servicio y Supervisores

3.4. Órganos de participación y asesoramiento

3.4.1 Comités de Área. Creación (Cuidados, docencia MIR, Calidad...)

3.5. Recursos humanos (¿Función y plaza?)

3.5.1. Personal Médico

3.5.2. Personal de cuidados

3.5.3. Personal administrativo.

3.5.4 Recompensa y Reconocimiento

**Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

3.6. Recursos materiales

3.6.1. De espacios o arquitectónico

3.6.2. Aparataje técnico propio del Servicio

3.6.3. Instrumental

3.6.4. Material de implantación

3.6.5. De sustentación del Servicio

3.6.6. Material docente

3.6.7. Mobiliario clínico.

3.6.8. Reposición y adquisición.

3.7. Impacto Ambiental y Recursos Naturales.

3.7.1 Residuos Clínicos.

3.7.2 Residuos Medioambientales

3.7.3 Mecanismos de Reducción Impacto Ambiental.

**4.-ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

4.1. Grupos de Interés.

4.1.1 Objetivos, Campañas, Directrices

4.1.2 Clientes / Pacientes / Usuarios / Familiares.

4.1.3 Partners

4.1.4 Proveedores

4.2. Cartera de Servicios

4.2.1. General

4.2.2. Diferencial

## **Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

### 4.2.3. Previsión de actividad

### 4.4. Normas de funcionamiento del Área Clínica

#### 4.4.1. Organización

#### 4.4.2. Orientación al proceso. Mapa de procesos asistenciales integrados. Vías clínicas

#### 4.4.3. Funcionamiento Unidades Clínicas Asistenciales

#### 4.4.4. Modalidades asistenciales:

- Hospitalización
- Actividad quirúrgica
- Consultas Externas
- Urgencias
- Técnicas
- Otras modalidades de asistencia

#### 4.4.4. Relaciones del Área Clínica: Con los Órganos de Gobierno, resto de Áreas, Departamento, relaciones externas e Institucionales.

## **5.- DOCENCIA Y FORMACIÓN CONTÍNUA**

### 5.1. Pregrado

### 5.2. Postgrado-MIR

### 5.3. Continuada

## **6.- INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN CIENTÍFICA**

### 6.1. Sesiones clínicas

### 6.2. Líneas de investigación

## **7.- CALIDAD**

7.1 Política de Calidad

7.2. Mapa de Procesos

7.3. Responsable de objetivación de la calidad

7.4. Mecanismos empleados para el control de la calidad

7.4.1. Acreditaciones, ISO.

7.4.2. Auditorías internas. Autoevaluaciones EFQM

7.4.3. Encuestas de satisfacción Clientes / Empleados

7.4.4. Participación

7.4.5. Estudios comparativos

7.4.6. Mejoras e Innovación

7.4.7 Cartas de Servicio.

7.4.8 Seguridad clínica y de datos

## **8.- INSTRUMENTOS DE GESTIÓN**

8.1 Acuerdos de gestión.

8.2 Sistemas de información

8.3 Presupuesto de actividad y gasto

## **9.- INDICADORES DE GESTION. (OBJETIVOS)**

9.1 Sobre Cartera de Servicios.

9.2 Sobre procesos

9.3 Sobre Clientes Internos y Externos.

9.4 Sobre Volumen de Actividad.

**Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

9.5 Sobre Parámetros Económicos / Financieros...

9.6 Sobre Objetivos Docentes y de Investigación

9.7 Sobre Actuaciones de difusión y promulgación.

9.8 Sobre Responsabilidad Social

**10.- ANEXOS**

10.1 Vías, Guías y Protocolos

10.2. Otros aspectos no incluidos

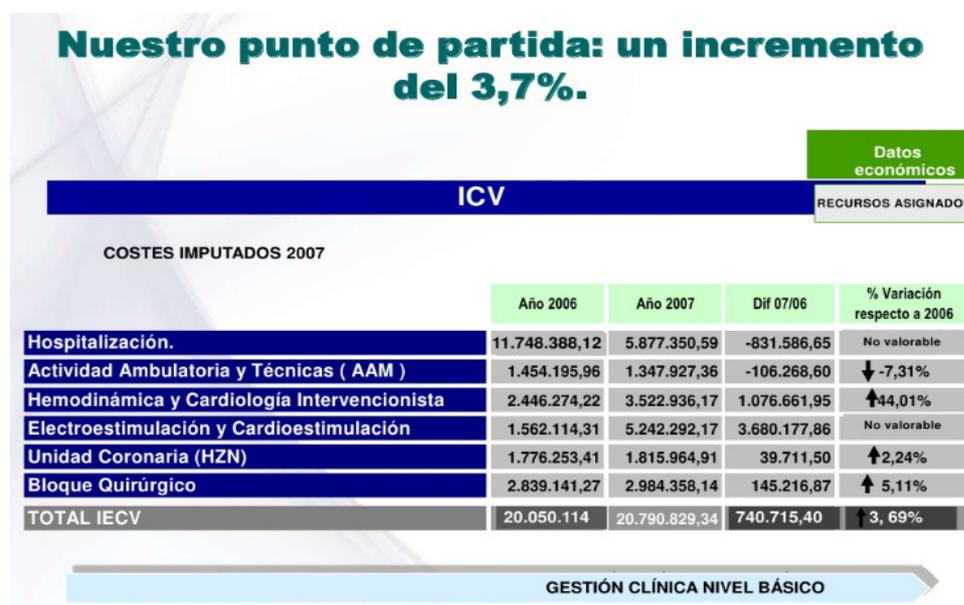
10.3. Organigrama.

### Anexo 3: EVOLUCIÓN DEL ICV

Según la Conferencia “Compartiendo Gestión Sanitaria” de 7 de Junio de 2012, el Doctor Martínez León expuso, entre otros, los siguientes datos que demuestran el excelente resultado obtenido gracias a la implantación del ICV y el trabajo llevado a cabo por todo el personal del AGC.

La presentación completa puede encontrarse en:

<<http://www.slideshare.net/hospitalgeneralvalencia/el-instituto-cardiovascular-del-chguv-en-la-gestin-clinica-expectativas-con-el-nuevo-modelo-de-gestin-compartida>>



**Las primeras medidas, alcanzamos logros significativos para cada uno de los retos planteados ...**

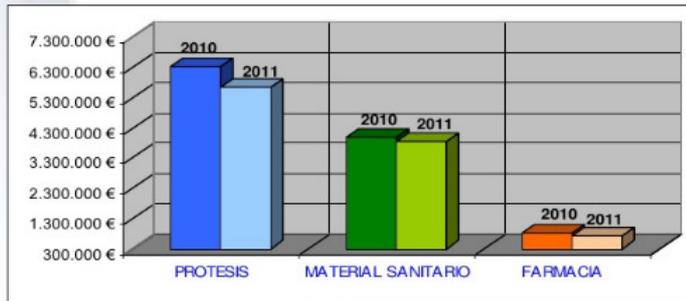
... mejorando los resultados en actividad, calidad, y eficiencia en el ámbito cardiovascular de su entorno de referencia ...

- Reducción de la estancia media: ↓ 10%
- Reducción del gasto en un 17%
- Mejora de la ambulatorización de los procesos quirúrgicos : ↑ 33,35%
- Mejora en la utilización de instrumentos de seguimiento:
- Mejor funcionamiento de la consulta externa:
  - Reducción primeras/sucesivas: 2.9
  - Codificación GRDs, técnicas, material.
- Menos demoras en técnicas diagnósticas : ↓ 42 %
- Líder en avances tecnológicos

# Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

## INSTITUTO CARDIOVASCULAR

CONSUMOS POR ORIGEN DE COSTE	2010	2011	DIFERENCIA	VARIACION %
PROTESIS	6.323.456,32 €	5.644.560,14 €	-678.896,18 €	-10,74%
MATERIAL SANITARIO	3.975.758,11 €	3.855.411,60 €	-120.346,51 €	-3,03%
FARMACIA	822.329,27 €	733.633,06 €	-88.696,21 €	-10,79%
SERVICIOS CONTRATADOS	187.612,24 €	154.444,81 €	-33.167,43 €	-17,68%
MATERIAL NO SANITARIO	37.493,81 €	28.583,42 €	-8.910,39 €	-23,76%
<b>CONSUMOS TOTALES</b>	<b>11.346.649,75 €</b>	<b>10.416.633,03 €</b>	<b>-930.016,72 €</b>	<b>-8,20%</b>



## INSTITUTO CARDIOVASCULAR

ACTIVIDAD	ICV		
	2010	2011	DIF %
INGRESOS	3.158	3.218	2%
ESTANCIAS	18.593	16.711	-10%
PRIMERAS CONSULTAS	5.070	4.343	-14%
INTERCONSULTAS	1.256	1.089	-13%
CONSULTAS SUCESIVAS	13.562	13.200	-3%
SUCESIVAS/PRIMERAS			
CIRUGIAS	1.159	1.100	-5%
TECNICAS	22.417	23.429	5%

ESTANCIA MEDIA	CIRUGIA CARDIACA		CARDIOLOGIA		CIRUGIA VASCULAR	
	3,81	3,57	6,56	5,69	8,39	7,01

**Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.**

**Anexo 4: CHECKLIST DOCUMENTACIÓN EFQM POR AGC**

Documentos	Para Reglamento	Para Área	Cumplimentados
<b>Recopilación</b>			
Códigos de Consulta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Relación Comités Internos existentes.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Relación Comités Externos	<input checked="" type="checkbox"/>		
Acciones externas del Área / Servicio en formación,		<input checked="" type="checkbox"/>	
Relación de Certificaciones, acreditaciones,	<input checked="" type="checkbox"/>		
Tratamiento Residuos,	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Relación procesos internos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Clientes, Parnerts y porveedores	<input checked="" type="checkbox"/>		
Docencia / MIR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Elaboración</b>			
Elaboración Actas Reunión Áreas. Archivo.		<input checked="" type="checkbox"/>	
Elaboración Propuesta Organigrama Organización	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Borrador cartera de servicios actualizada	<input checked="" type="checkbox"/>		
Relación de personal (Plaza / Función)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Relación de Indicadores Generales y específicos	<input checked="" type="checkbox"/>		
Relación de instrumental / maquinaria	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Elaboración Proceso	<input checked="" type="checkbox"/>		
Planos específicos del Área.	<input checked="" type="checkbox"/>		
Completar Redacción Misión, Visión, Valores	<input checked="" type="checkbox"/>		
<b>Archivo</b>			
Publicaciones, Jornadas, Simposios		<input checked="" type="checkbox"/>	

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

### Anexo 5: EFQM: ELEMENTOS BÁSICOS:

El EFQM (European Foundation for Quality Management) se creó en 1988 y comenzó a difundir su modelo de excelencia en 1991. En 1992 se entregaron los primeros premios a empresas como Nokia, BMW, Opel, Siemens... Actualmente, más de 30.000 organizaciones de 25 países europeos utilizan este modelo.

Se trata de un modelo flexible que impulsa la excelencia a través de la siguiente estructura:



Fuente: I Curso de especialización en Áreas de Gestión Clínica para profesionales no sanitarios. CHGUV. Diciembre de 2011.

Los conceptos fundamentales son los siguientes:

- Orientación hacia el cliente;
- Orientación hacia los resultados;
- Liderazgo y constancia en los objetivos;
- Gestión por procesos y hechos;
- Desarrollo e implicación de las personas;
- Aprendizaje, innovación y mejora continuos;

## Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud: las Áreas de Gestión Clínica en el Hospital General Universitario de Valencia.

- Desarrollo de alianzas;
- Responsabilidad social.

Para poder desarrollar los conceptos fundamentales del EFQM, existen 9 criterios (que son los que aparecen en la imagen de la página anterior), 32 subcriterios y 200 áreas abordables.

Por tanto, este modelo permite mejorar las relaciones humanas; medir el rendimiento; aumentar el entusiasmo del personal la identidad con la misión; mejorar la reputación de la institución; balancear las actividades; y da la oportunidad de agregar valor a todos los grupos profesionales.

Por último, nombrar algunas de las principales ventajas del EFQM:

- Permite una visión integral;
- Es una herramienta para el cambio y el desarrollo organizacional;
- Aumenta la transparencia;
- Facilita el monitoreo y la evaluación;
- Está orientada a procesos y resultados;
- Se focaliza en la autoevaluación.