



UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina Clínica

**ADAPTACION Y MEJORA EN LA EFICIENCIA
CON LA CREACION DE UN SERVICIO INTERDEPARTAMENTAL
DE ONCOLOGIA MÉDICA**

TESIS DOCTORAL REALIZADA POR:

Nieves Díaz Fernández

Para la obtención del grado de Doctor

Dirigida por:

Doctor Domingo Orozco Beltrán

2017

ADAPTACION Y MEJORA EN LA EFICIENCIA CON LA CREACION DE UN SERVICIO INTERDEPARTAMENTAL DE ONCOLOGIA MÉDICA

RESUMEN

Introducción y objetivos

El incremento de la incidencia, prevalencia y de las tasas de supervivencia de los pacientes con cáncer, junto con el progresivo envejecimiento de la población hace que la demanda asistencial de los departamentos de Oncología aumente constantemente. Este hecho sumado a un momento económico y financiero de crisis, nos obliga a diseñar planes de mejora de la eficiencia asistencial. El objetivo de este estudio consiste en describir la evolución de la eficiencia de la atención médica prestada mediante un plan estratégico que implemente la creación de un servicio interdepartamental de oncología médica en dos departamentos de salud, en contraposición a la prestación diferenciada de cada uno de ellos y durante el periodo comprendido de 2012-2016.

Métodos

Se realiza un estudio observacional centrado en valorar el resultado de la creación de un único Servicio de Oncología Médica tras la fusión del servicio de Oncología Médica de Sant Joan-Alacant y el Servicio de Oncología Médica de Marina Baixa. Obteniendo como resultado un único servicio con dos unidades asistenciales (desde el año 2012), donde los profesionales del mismo realicen sus actividades en ambos centros sanitarios. La prestación asistencial de ambos departamentos y, por tanto, la población estudiada contiene más de 400.000 habitantes, correspondiendo aproximadamente 200.000 habitantes a cada servicio.

Resultados

Se observó una mejora en la eficiencia en la atención al paciente oncológico contando con un aumento del 329,57% en el gasto de citostáticos en el Departamento de Marina Baixa, sumado a un 78,83% de reducción en contratos externos con clínicas privadas para el tratamiento; obteniendo finalmente una reducción global de los costes del 46,41%. Además se contempla un aumento del 64,6% en primeras consultas, un aumento del 77,45% en consultas sucesivas y del 278,05 en la actividad del hospital de día.

Conclusiones

La implementación de un plan estratégico con la creación de un servicio interdepartamental de Oncología Médica en dos Departamentos de Salud ha permitido mejorar la eficiencia prestada frente a la prestación diferenciada en cada uno de ellos. Se ha registrado una importante reducción en términos de coste global en cuanto al tratamiento con citostáticos en la parte correspondiente al Departamento de Oncología Médica Marina Baixa, junto a un aumento generalizado en los valores de actividad asistencial al paciente oncológico de la calidad asistencial con la posibilidad de especialización de los profesionales y mejora de las condiciones laborales.

Palabras clave:

Efficiency, Organizational; Epidemiology; Medical Oncology; Neoplasms.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial a mi director de tesis, el Dr Domingo Orozco Beltrán, por su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para lograr la finalización de este trabajo.

También quiero mostrar mi agradecimiento al Dr Alfredo Carrato Mena, un pionero de la Oncología en España. Estoy muy orgullosa de haber podido estar a su lado formándome como residente de Oncología Médica y contagiarme de su entusiasmo en mejorar las expectativas de los pacientes de cáncer, tanto en el campo científico como de la gestión.

Al Hospital Marina Baixa de Villajoyosa por depositar la confianza en mí para intentar solucionar los problemas de falta de eficiencia en la atención prestada a los pacientes de cáncer en ese departamento de salud.

A los/as oncólogos/as del Servicio Interdepartamental de Oncología Médica del Hospital U. Sant Joan D'Alacant y Marina Baixa de Villajoyosa. Liderar un proyecto profesional exige crear espacios donde las personas den lo mejor de sí mismos, fomentando la conciencia de equipo. Ellos siempre me han hecho sentir que "somos una piña" y que podremos lograr todo lo que nos propongamos.

A la Dra. Concepción Carratalá Munuera por su colaboración desinteresada y sincera.

Quiero agradecer a los pacientes de cáncer, de los que tanto aprendemos cada día en todos los ámbitos, por su valentía en enfrentarse a esta grave enfermedad y su ayuda constante en que podamos avanzar en los tratamientos permitiendo que la innovación y la ciencia formen parte de la asistencia médica.

A mi familia, a mi marido, a mis tres hijos, José Manuel, Miguel y Nieves por perdonar mis ausencias y su paciencia, a mis hermanos, a mis padres y en especial a mi madre, fallecida hace unos meses, que me ha apoyado siempre y me ha enseñado tanto de la vida.



INDICE

1. Introducción	7
1.1 Mortalidad por cáncer en España	11
1.2 Supervivencia al cáncer en España	13
1.3 Evolución de la mortalidad por cáncer en España	19
1.3.1 Evolución futura de la mortalidad por cáncer en mujeres en España.	22
1.3.2 Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud	25
1.3.3 Evolución de la mortalidad por cáncer en la Comunidad Valenciana.	33
1.4 Organización de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad Valenciana.	36
2. Estructura Organizativa. Definición de calidad.	41
2.1 Elementos de las Estructuras	45
2.2 Proceso de organización del trabajo	45
2.3 Proceso integral de Organización del trabajo: el diseño de estructuras.	46
2.4 Elementos fundamentales para el rediseño de Estructuras	47
3. Funciones de la Sección de Oncología Médica	48
3.1 Función Asistencial	50
3.2 Consultas Externas	52
3.3 Hospital de Día	54
3.4 Hospitalización	55
3.5 Atención Continuada y de Urgencias	56
3.6 Función Docente	58
3.7 Función Investigadora	60
3.8 Función de Gestión y Control de Calidad	61
3.9 Función Mixta Administrativo- Asistencial	61
4. Organización de la Sección de Oncología Médica	62
5. Planificación Estratégica	68
6. Hipótesis y Objetivos	71
7. Métodos	75
8. Resultados	87
9. Discusión	111
10. Conclusiones	125
11. Bibliografía	129



INTRODUCCIÓN

Como en el resto de las sociedades desarrolladas, en España, el cáncer es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad. Uno de cada dos hombres y una de cada tres mujeres lo padecerán a lo largo de su vida (1).

Una consecuencia de la carga que para la sociedad representa el cáncer, ha sido la elaboración de políticas supranacionales, desde diferentes organizaciones tanto internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Parlamento y la Unión Europea (2), como nacionales, en España (3) y en otros países (4), así como también por las diferentes comunidades autónomas españolas (5, 6). También la sociedad española de oncología ha publicado en el año 2017, “Las cifras de cáncer en España” (7).

El Tercer Programa de Acción de la UE en el ámbito de la salud para el período 2014-2020 que aprobó el Parlamento Europeo y el Consejo en marzo de 2014, plantea la mejora de la salud y la reducción de las desigualdades, por medio de cuatro áreas prioritarias (8):

1. Promover la salud, prevenir las enfermedades y fomentar entornos que propicien estilos de vida saludables, teniendo en cuenta el principio de “salud en todas las políticas”
2. Proteger a los ciudadanos de las amenazas transfronterizas graves para la salud
3. Fomentar la innovación, eficiencia y sostenibilidad de los sistemas de salud
4. Facilitar el acceso a una asistencia sanitaria mejor y más segura

En la actualidad, nos enfrentamos a nuevos retos sanitarios en un entorno cambiante, en un momento económico y financiero de crisis que ha complicado la situación en el terreno de la atención sanitaria. Es por eso que, hoy más que nunca, se precisa de un uso eficiente de los recursos disponibles que deberán ser gestionados de forma racional permitiendo un funcionamiento sostenible pero también de máxima calidad de los sistemas de atención oncológica.

En una situación de cambio permanente, la planificación y dirección estratégicas ofrecen la posibilidad de diseñar y alcanzar el futuro deseado a través de un camino preconcebido.

La mejora en la estructura organizativa aporta resultados cada vez más notorios, tanto en el ámbito operativo (productividad) como en el social (calidad de servicio y motivación del personal).

Desde los Servicios de Oncología Médica, nuestra máxima prioridad es proporcionar una atención integral al paciente, considerando:

- El paciente como centro de nuestra actividad (eficacia clínica, atención y trato personalizado).
- La equidad, eficiencia y calidad del servicio sanitario.
- El desarrollo y satisfacción de los profesionales.
- La excelencia en la gestión y en la innovación.

1.1 Mortalidad por cáncer en España

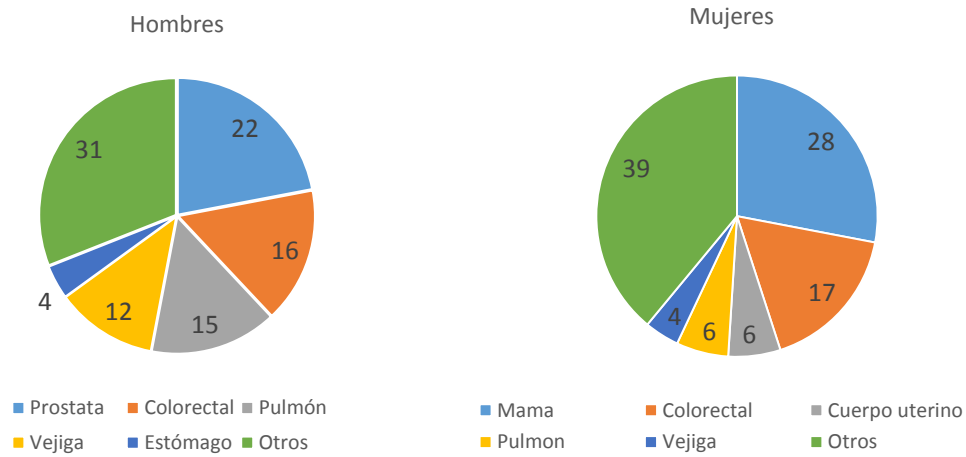
El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en España, produciendo en el año 2014, 110.278 defunciones (9) siendo la segunda causa de mortalidad con una tasa de 237,4 fallecidos por cada 100.000 habitantes, tras las enfermedades del sistema circulatorio (con un tasa de 252,7), y antes de las enfermedades del sistema respiratorio (94,4) que representan la tercera causa (10).

Por sexo, los tumores fueron la primera causa de muerte en los varones (66.000 muertes, con una tasa de 295,2 fallecidos por cada 100.000) y la segunda en mujeres (41.000 muertes, con una tasa de 183,1 fallecidas por cada 100.000) (10). En la figura 1 se describen los cánceres más frecuentes en España en 2014, distribuidos por género, usando como fuente de datos la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) (11). En la figura 2 se describen los cánceres más frecuentes en España en 2013, distribuidos por género, usando como fuente de datos el registro de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) los datos de mortalidad de 2013 del Instituto Nacional de Estadística (12).

Tabla 1.- Tasas de supervivencia para los principales cánceres a uno, tres y cinco años. España. 2000-2007 (Eurocare-5).

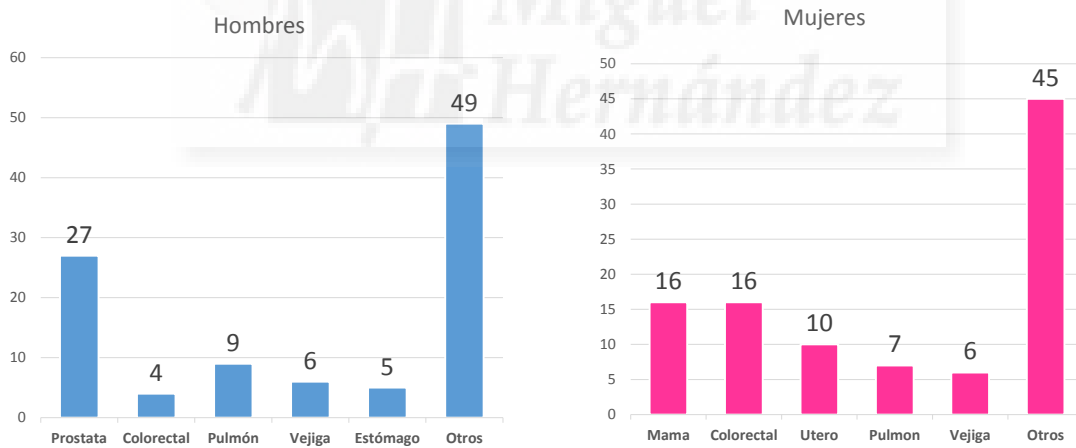
Tipo de cáncer	Varones 1 año	Varones 3 años	Varones 5 años	Mujeres 1 año	Mujeres 3 años	Mujeres 5 años
Próstata	94,82	88,57	84,48	—	—	—
Mama	—	—	—	96,28	90,27	85,18
Colorrectal	77,42	62,49	55,32	76,02	61,45	55,01
Pulmón	36,73	14	9,97	43,06	20,8	15,29
Cuerpo de útero	—	—	—	89,86	79,95	76,05
Vejiga urinaria	85,89	74,3	68,51	81,88	70,62	66,83
Estómago	46,43	27,71	23,06	47,37	29,43	25,42

Figura 1.- Tumores mas frecuentes en España por género.
REDECAN 2014.



Fuente: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN).

Figura 2.- Prevalencia de los tumores mas frecuentes en España por género. INE 2013.



Fuente: INE 2013.

En el año 2014 se produjeron 241.284 casos de cáncer, 145.813 en varones y 95.471 en mujeres según la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) (11), observándose un incremento de la incidencia del 12% (el 13,4% en varones y el 9,8% en mujeres) respecto a los datos de 2012.

1.2 Supervivencia al cáncer en España

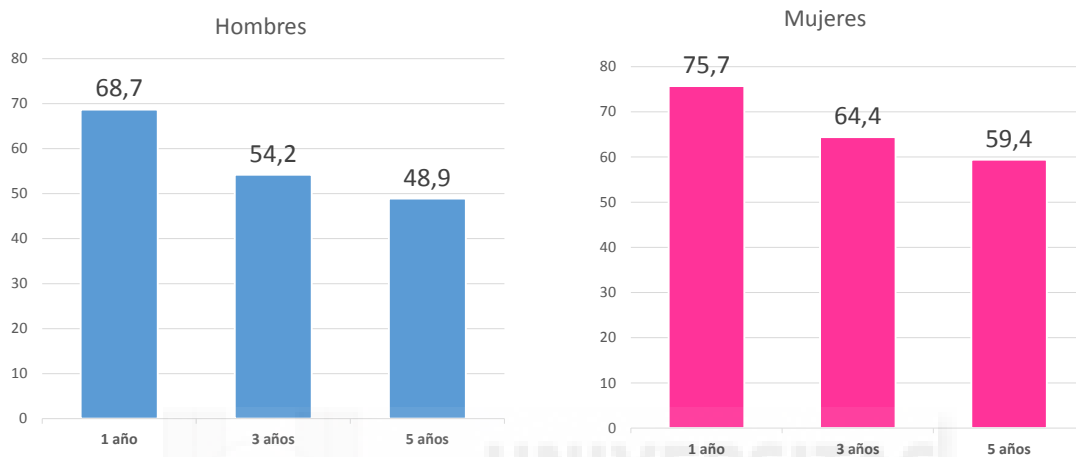
El estudio EUROCORE (Survival of cancer patients in Europe) es un estudio de base poblacional que proporciona estimaciones de la supervivencia de cáncer en Europa). Los últimos datos disponibles son los del Eurocare-5, que incluye el período 2000-2007 (13).

La supervivencia al cáncer en España se sitúa en varones en torno al 68% el primer año, 54% a los 3 años y 48% a los cinco años, y en mujeres 75%, 64% y 59% respectivamente (figura 3). Aunque estas cifras varían ampliamente en función del tipo de cáncer. En la tabla 1 se presenta un resumen de todas las tasas de supervivencia para todos los principales cánceres a uno, tres y cinco años. Para hombres y mujeres, según los datos de supervivencia del proyecto EUROCORE-5 (10) (13).

En la figura 4 se describen las tasas de supervivencia a 5 años en hombres para los cánceres con baja supervivencia en el periodo 2000-2007. Puede observarse como los cánceres de páncreas, esófago y pulmón tienen una supervivencia a 5 años menor del 10% en varones. Los cánceres de hígado y vías biliares, así como los de cavidad oral y estómago, los cánceres de encéfalo y del sistema nervioso central, así

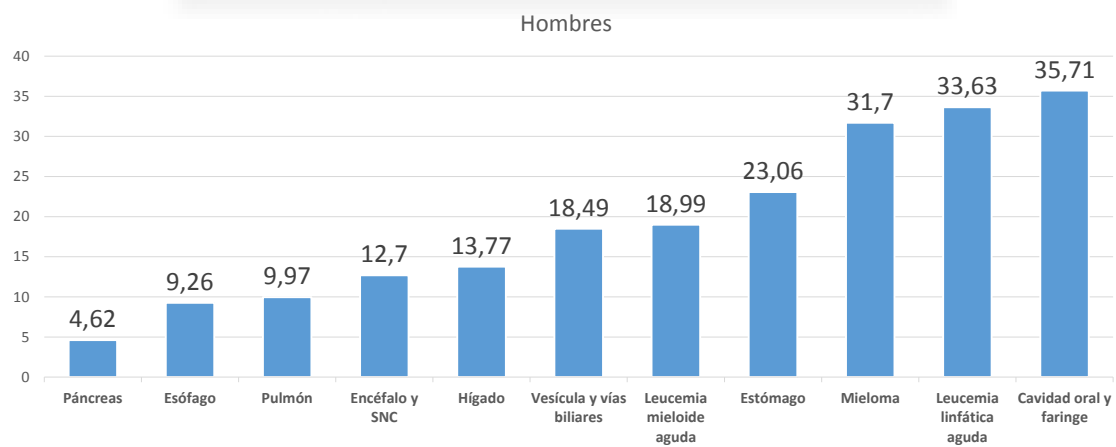
como las leucemias linfóide y mieloide agudas, tienen una supervivencia a cinco años menor del 40%.

Figura 3.- Supervivencia global al cáncer en España por género. Periodo 2000-2007.



Fuente: Eurocare-5.

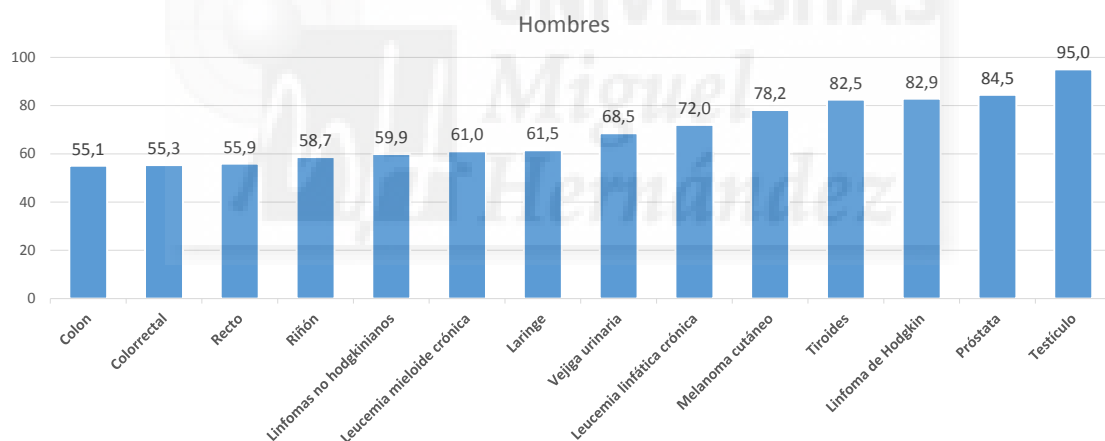
Figura 4.- Supervivencia a 5 años de cánceres con baja supervivencia en España. Periodo 2000-2007. Hombres.



Fuentes: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). PAPPS 2016.

En la figura 5 se describen las tasas de supervivencia a 5 años en hombres para los cánceres con alta supervivencia. Puede observarse como los cánceres de riñón, colon, colorectal y recto tienen una supervivencia entre 50-60%. El linfoma no hodgkiniano, las leucemias linfocíticas crónicas el cáncer de laringe o vejiga, tienen una supervivencia entre 60-70%. Por último el linfoma de Hodgkin, el melanoma cutáneo, el cáncer de tiroides, o el de próstata tienen una supervivencia a cinco años entre 80-90% y el cáncer de testículo presenta la mejor supervivencia por encima del 90%.

Figura 5.- Supervivencia a 5 años de cánceres con alta supervivencia en España. Periodo 2000-2007. Hombres.

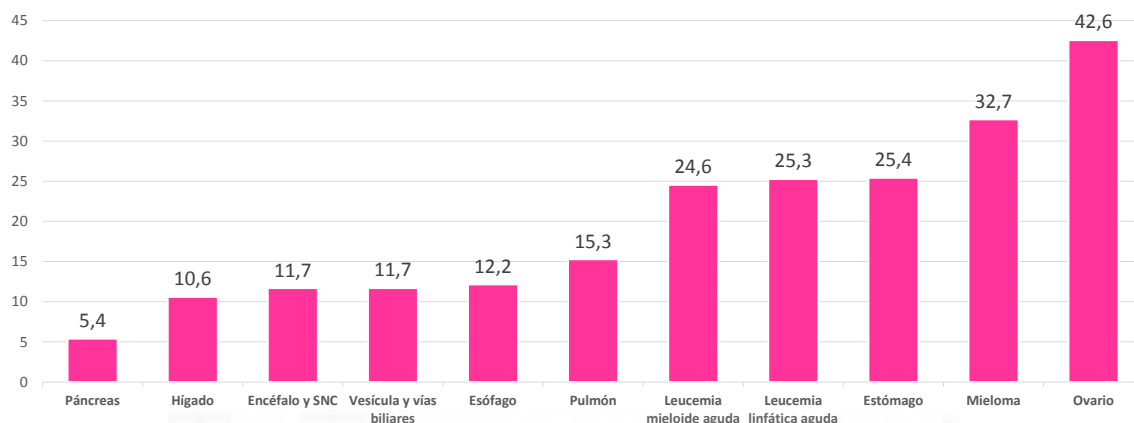


Fuentes: Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN). PAPPS 2016.

En la figura 6 se describen las tasas de supervivencia a 5 años en mujeres para los cánceres con baja supervivencia. Puede observarse como el cáncer de páncreas es el de menor supervivencia en torno al 5%, y los de hígado, vesícula biliar y esófago así como el de encéfalo y sistema nervioso central rondan el 10%. El cáncer de pulmón tiene una supervivencia del 15% y las leucemias linfocíticas y mieloide agudas, el cáncer

de estómago y el mieloma entre 25-30%. El cáncer de ovario se acerca al 50% de supervivencia.

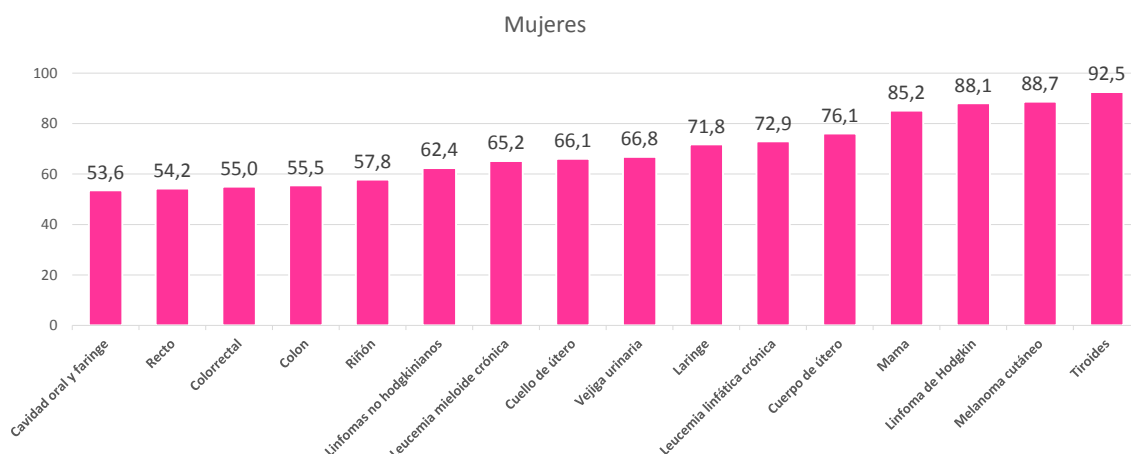
Figura 6.- Supervivencia a 5 años de cánceres con baja supervivencia en España. Periodo 2000-2007. Mujeres.



Fuente: Eurocare-5.

En la figura 7 se describen las tasas de supervivencia a 5 años en mujeres para los cánceres con alta supervivencia. Puede observarse como los cánceres de colon, colorectal y recto así como el de riñón y la cavidad oral tienen una supervivencia entre 50 y 60%. El linfoma no Hodgkin y las leucemias mieloide y linfocítica crónicas, así como el cáncer de cérvix uterino, laringe o vejiga urinaria tienen una supervivencia a cinco años entre 60-70%. Los cánceres con mejor supervivencia son el linfoma de Hodgkin, el de mama, el melanoma cutáneo y el de tiroides que superan el 85%.

Figura 7.- Supervivencia a 5 años. Cánceres con alta supervivencia. España. Periodo 2000-2007. Mujeres.



Fuente: Eurocare-5.

Puede conservarse una diferencia entre géneros (hombre / mujer) en la supervivencia a algunos cánceres (figuras 8 y 9). En general los hombres presentan menor supervivencia para los cánceres de pulmón (9 vs 15%), leucemia mieloide aguda (18 vs 24%), cavidad oral y faringe (35 vs 53%), laringe (61 vs 71%), melanoma cutáneo (78 vs 88%) y tiroides (82 vs 92%). Sin embargo los hombres presentan mayor supervivencia en los cánceres de vesícula y vías biliares (18 vs 11%) y en la leucemia linfática aguda (33 vs 25%).

Figura 8- Supervivencia a 5 años en cánceres con baja supervivencia. España. 2000-2007. Diferencias por Género.

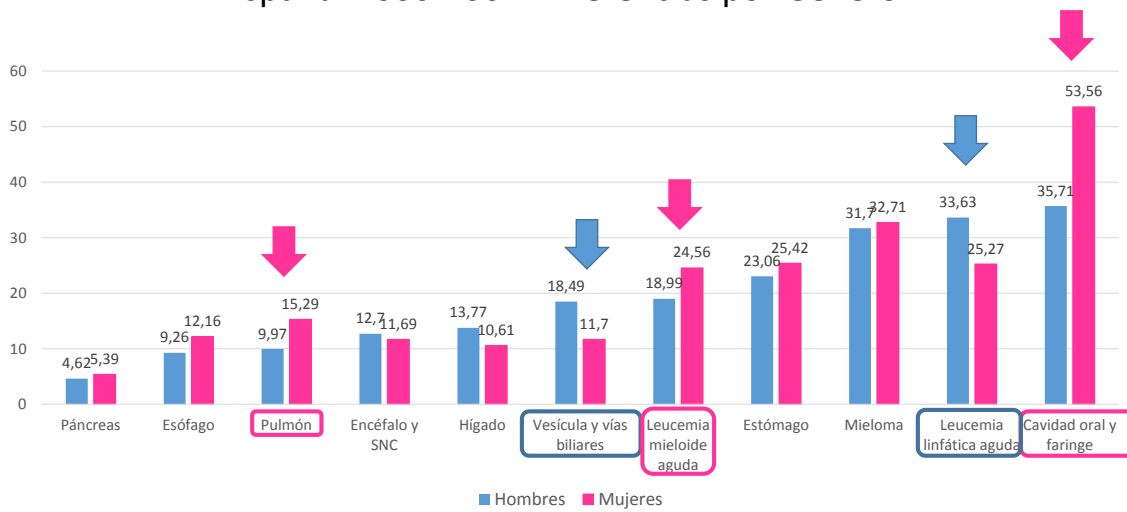
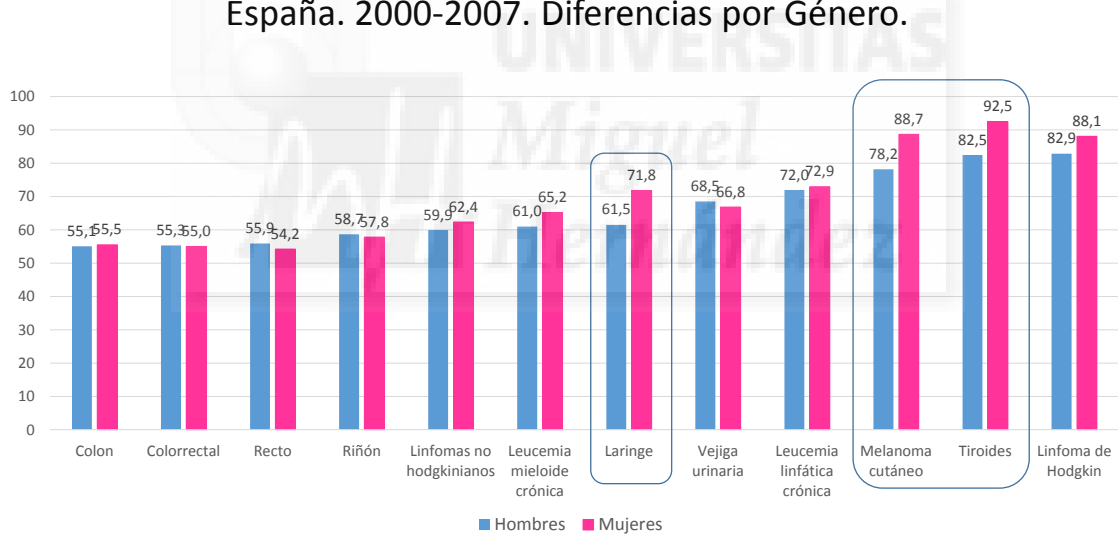


Figura 9.- Supervivencia a 5 años en cánceres con alta supervivencia. España. 2000-2007. Diferencias por Género.



1.3 Evolución de la mortalidad por cáncer en España

En un estudio realizado por nuestro grupo de investigación y pendiente de publicación hemos analizado las tendencias de mortalidad en España en el periodo 1998-2013 para cuatro tumores dos de alta prevalencia como son los tumores de mama y colorectal y dos de alta mortalidad como son pulmón y páncreas. Se ha realizado un análisis a nivel provincial.

Se ha analizado la mortalidad prematura, para menores de 75 años, cuya causa básica de muerte ha sido definida por los códigos CIE-9 para el año 1998 y los códigos CIE-10 para los años 1999-2013.

Se han calculado tasas de mortalidad ajustadas por edad (TAE) mediante el método directo (población estándar europea 2013), por año y provincia, con un intervalo de confianza al 95% (IC95%).

La fuente de datos ha sido el Instituto Nacional de Estadística (INE), tanto para defunciones como para poblaciones.

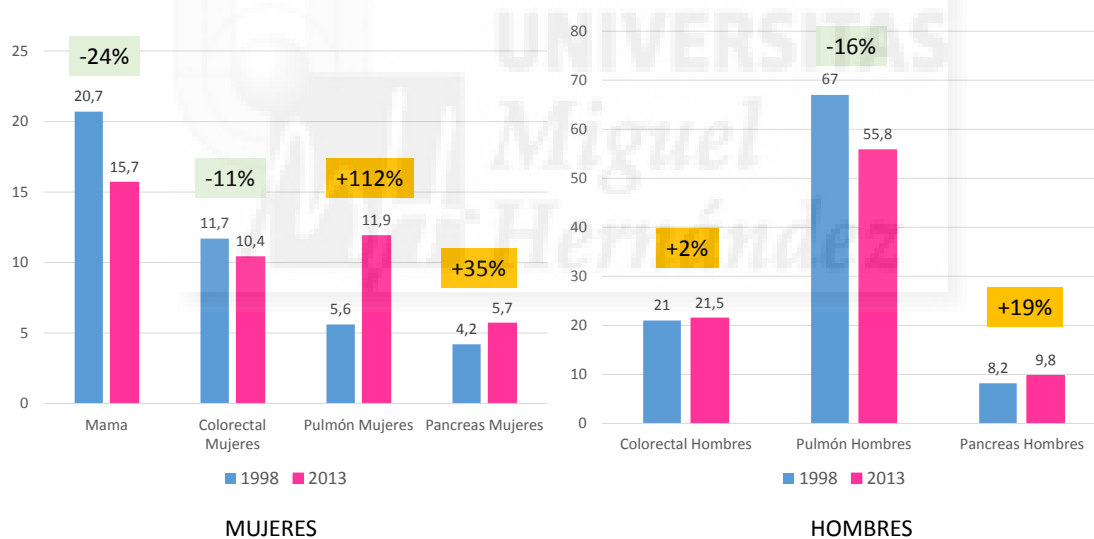
Para evaluar el cambio en la mortalidad a lo largo del periodo de estudio, se han ajustado modelos de regresión de Poisson al logaritmo del número de defunciones, tomando como offset el logaritmo de la población, y ajustando por los grupos de edad < 50 años, 50-64 años y 65-74 años. El porcentaje de cambio medio anual (APC) de mortalidad se ha estimado mediante la expresión $(\exp(\beta) - 1) \cdot 100\%$, donde el parámetro β corresponde a la variable año de defunción. Se ha calculado un IC95% para el APC, y se han estimado por provincias.

Los análisis se han realizado mediante el programa estadístico R 3.3.1.

ANALISIS NACIONAL

En la figura 10 se muestra la evolución de la tasa de mortalidad prematura (< 75 años) ajustada por edad en los años 1988 y 2013 y el porcentaje de variación para cuatro cánceres: mama, colorectal hombres y mujeres, pulmón en hombres y en mujeres y páncreas en hombres y en mujeres.

Figura 10- Evolución de las tasas de mortalidad prematura (<75 años) en España. Periodo 1998-2013.



Cáncer de mama

La tasa de mortalidad ajustada por edad para menores de 75 años fue en España en 1998 de 20,7% y en 2013 de 15,7%, lo que supone un descenso global en el periodo de un 24%. Es decir se observa un descenso importante de la mortalidad prematura en el periodo de 15 años estudiado.

Cáncer Colorectal

En hombres, la tasa de mortalidad ajustada por edad para menores de 75 años fue en España en 1998 de 21% y en 2013 de 21,5%, lo que supone un leve incremento en el periodo de un 2%. Podría decirse que la tasa no se ha incrementado o ha experimentado un muy ligero ascenso de la mortalidad prematura por cáncer colorectal en el periodo de 15 años estudiado.

En mujeres la tasa de mortalidad ajustada por edad para menores de 75 años fue en España en 1998 de 11,7% y en 2013 de 10,4%, lo que supone un pequeño descenso en el periodo de un 11%. Podría decirse que la tasa ha experimentado un ligero descenso de la mortalidad prematura por cáncer colorectal en el periodo de 15 años estudiado.

Cáncer de pulmón

En hombres, la tasa de mortalidad ajustada por edad para menores de 75 años fue en España en 1998 de 67% y en 2013 de 55,8%, lo que supone un descenso en el periodo de un 16%. Podría decirse que la tasa de mortalidad prematura por cáncer de pulmón en hombres en España, ha experimentado un ligero descenso en el periodo de 15 años estudiado.

En mujeres la tasa de mortalidad ajustada por edad para menores de 75 años fue en España en 1998 de 5,6% y en 2013 de 11,9%, lo que supone un importante incremento en el periodo de un 112%. Podría decirse que a pesar de que la tasa de mortalidad prematura por cáncer de pulmón en mujeres en España es mucho menor que la de los hombres, ha

experimentado un importante incremento en el periodo de 15 años estudiado, duplicando su tasa.

Cáncer de páncreas

Ha experimentado un incremento tanto en hombre como en mujeres.

En hombres, la tasa de mortalidad ajustada por edad para menores de 75 años fue en España en 1998 de 8,2% y en 2013 de 9,8%, lo que supone un incremento en el periodo de un 19%. Podría decirse que la tasa de mortalidad prematura por cáncer de páncreas en hombres en España, ha experimentado un incremento en el periodo de 15 años estudiado.

En mujeres la tasa de mortalidad ajustada por edad para menores de 75 años fue en España en 1998 de 4,2% y en 2013 de 5,7%, lo que supone un importante incremento en el periodo de un 35%. Podría decirse que a pesar de que la tasa de mortalidad prematura por cáncer de páncreas en mujeres en España es menor que la de los hombres, ha experimentado un mayor incremento en el periodo de 15 años estudiado.

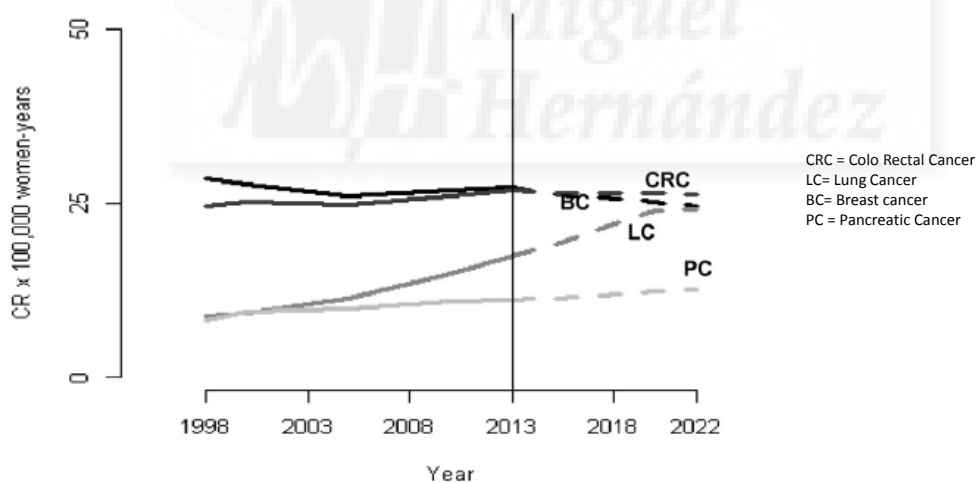
1.3.1 Evolución futura de la mortalidad por cáncer en mujeres en España.

En un estudio reciente (14) se analizan las previsiones de la evolución de la mortalidad por algunos cánceres en España en el periodo 2013-2022,

en mujeres. Se estudian 4 cánceres. Los mismos que los analizados por nuestro grupo: pulmón, colorectal, mama y páncreas.

Puede observarse como según estos autores se prevé un aumento importante de la mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres en los próximos años (figura 11). Al analizarlo por grupos de edad, se observa como el grupo de 50-69 años es el que experimenta un mayor aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón en el periodo analizado (figuras 12 y 13). Curiosamente en este mismo grupo de edad se observa una importante previsión de disminución de la mortalidad por cáncer de mama.

Figura 11.- Evolución prevista de la mortalidad por cáncer en España. Mujeres. 2013-2022.



Clèries R, et al. Cancer Epidemiol. 2016 Feb;40:113-8.

Figura 12.- Evolución prevista de la mortalidad por cáncer en España. Mujeres. 2013-2022.
por grupos de edad.

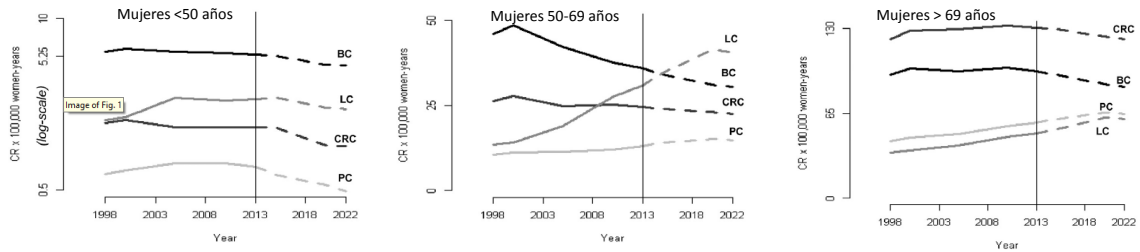
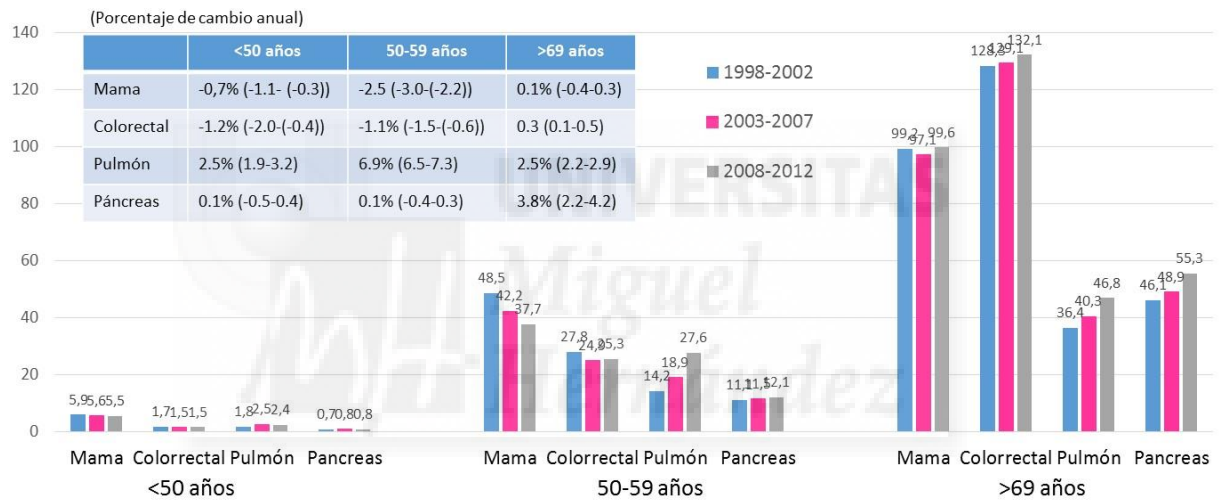


Figura 13.- Evolución prevista de la mortalidad por cáncer en España. Mujeres. 1998-2012.
Por grupos de edad. Tasa cruda /10⁵ mujeres/año.



1.3.2 Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud

En España el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, aprobó en 2006 la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud que fue evaluada en 2008, actualizada en 2009 (3) y evaluada de nuevo en 2013.

Las líneas estratégicas que propone para la mejora de la atención al cáncer en España son las siguientes:

a) Promoción y protección de la salud.- En este ámbito se plantean los siguientes objetivos:

- Tabaquismo: Aumentar la prevalencia de ex fumadores por encima del 23%. Reducir la prevalencia de consumo de tabaco diario en la población adulta (16 y más años) hasta el 24% (hombres 28%, mujeres 20%). Y en jóvenes (16-24 años) por debajo del 23%. Retrasar medio año la edad de inicio del consumo de tabaco en la población de 14-18 años.
- Iniciar intervenciones de carácter poblacional, o en colectivos de riesgo, conducentes a mejorar los estilos de vida, hábitos alimenticios y de actividad física relacionados con el cáncer. Una prioridad será invertir la tendencia de obesidad en la infancia y en las edades adultas.
- Reducir el consumo de riesgo de alcohol teniendo en cuenta la diferencia de género.

b) Detección precoz (cribado).

b.1) Cáncer de mama

- Continuar con la realización de programas poblacionales de cribado de cáncer de mama ya en desarrollo, dirigido a una población objetivo de 50-69 años de edad, utilizando como prueba de cribado la mamografía y a un intervalo entre exploraciones de 2 años. Impulsar y consolidar sistemas de vigilancia y evaluación de calidad de estos programas, reforzando el desarrollo de sistemas de información que permitan la evaluación conjunta y por CC.AA., tanto del proceso en sí, como del impacto de los mismos, de acuerdo a los estándares establecidos en las guías de control de calidad europeas. Dicha evaluación se realizará a través de la Red de Programas de Cribado de Cáncer de España.
- Promover la evaluación del riesgo familiar de cáncer, incluyendo la indicación de realización de estudio y consejo genético de aquellas personas que cumplan criterios de riesgo de cáncer hereditario.

b.2) Cáncer de cuello de útero

- Optimizar la realización de citología cervical en mujeres asintomáticas de riesgo medio-bajo que sean o hayan sido sexualmente activas, con edades comprendidas entre 25 y 65 años. Cuando se acceda por primera vez se realizarán dos citologías con un intervalo de un año. Tras dos citologías normales, en caso de negatividad, se repetirá cada 3-5 años. Conseguir que un 70% de las mujeres entre 30 y 60 años se

hayan realizado una citología de cribado en los 5 años anteriores.

- Garantizar la realización de un seguimiento específico en programas organizados de mujeres de riesgo elevado.

b.3) Cáncer colorrectal

- Implantar programas poblacionales de cribado de cáncer de colon y recto para población de 50-69 años de riesgo medio-bajo, mediante la prueba de cribado de la sangre oculta en heces y con un intervalo de exploración de 2 años. Se espera alcanzar una cobertura del 50 %. Establecer sistemas de vigilancia y evaluación de calidad de estos programas, impulsando el desarrollo y puesta en marcha de sistemas de información que permitan la evaluación conjunta y por CC.AA., tanto del proceso en sí como del impacto de los mismos de acuerdo a los estándares establecidos en las guías de control de calidad europeas. Dicha evaluación se realizará a través de la Red de Programas de Cribado de Cáncer de España.
- Se organizarán programas de seguimiento específico para personas con riesgo elevado (pólipos adenomatosos considerados de alto riesgo o enfermedad inflamatoria del intestino).
- Se promoverá la evaluación del riesgo familiar de cáncer, incluyendo la indicación de realización de estudio y consejo genético de aquellas personas que cumplan criterios de riesgo

de cáncer hereditario para aquellos síndromes para los que estén disponibles pruebas diagnósticas y tengan aplicabilidad clínica (síndrome de cáncer de colon no polipósico y poliposis adenomatosa familiar).

c) Asistencia a adultos. Gestión de pruebas y tratamientos.

- En relación al proceso diagnóstico se recomienda que los pacientes con sospecha clínica fundada de cáncer de mama y colorrectal se inicie el proceso de **confirmación diagnóstica en los 15 días siguientes** al establecimiento de la sospecha. La sospecha se medirá a partir de la llegada de la petición al centro sanitario, diferenciando los casos procedentes de programas de cribado organizado del resto de casos.
- La decisión terapéutica debe estar basada en las **guías de práctica clínica** y protocolos de cada centro hospitalario, para cada tipo de tumor. Se recomienda que el **tiempo transcurrido** desde la decisión terapéutica hasta el inicio efectivo del tratamiento sea de un máximo de 2 semanas para el tratamiento quirúrgico, 1 semana para la Quimioterapia, y 4 semanas para la Radioterapia (incluyendo el proceso de planificación).
- Los pacientes diagnosticados de cáncer serán tratados en el marco de un **equipo multidisciplinar e integrado**, preferentemente en un comité de tumores, y con un profesional que actúe como referente para el paciente. Este

referente puede variar a lo largo del proceso de tratamiento hospitalario, aunque se debe comunicar al paciente cada cambio. Los roles de cada profesional deben estar definidos, especialmente el del coordinador del comité de tumores, el del referente del paciente y el del enfermero gestor de procesos asistenciales, cuando sea el caso. El proceso terapéutico debe **finalizar con un informe global** que será entregado al paciente.

- El **seguimiento**, tras haber finalizado el tratamiento multidisciplinar, debe ser realizado preferentemente por **un único profesional** a determinar por los especialistas implicados en el marco del comité de tumores o la unidad funcional.
- El Sistema Nacional de Salud pondrá a disposición de los profesionales **guías de práctica clínica** para las principales localizaciones tumorales que garanticen los criterios mínimos basados en la mejor evidencia científica que debe recibir en el proceso diagnóstico y terapéutico un paciente oncológico. Estas guías clínicas deben ser **actualizadas cada dos años** y deben estar basadas en las aprobadas por el proyecto Guía Salud y contar con la colaboración de las sociedades científicas.
- Para poder evaluar los objetivos anteriores se realizará una revisión de la **información clínica común y transversal para todas las CC.AA.**, en lo que se refiere al cáncer de mama, colorrectal y pulmón, a partir de los indicadores consensuados con las sociedades científicas para evaluar los objetivos establecidos.

- Evaluación de la práctica asistencial: **evaluar la mortalidad de los procedimientos quirúrgicos complejos** realizados con intención curativa en los cánceres de esófago, estómago, páncreas, recto, pulmón, neuro-oncología y metástasis hepáticas. Asimismo, se evaluará el porcentaje de tratamientos de cáncer de mama realizados con cirugía conservadora.
- La definición de estos indicadores se realizará siguiendo la definición del **informe** de Saura et al sobre el desarrollo de indicadores de proceso y resultado y evaluación de la práctica asistencial oncológica. (15).

d) Asistencia a la infancia y adolescencia

- La atención en la infancia y adolescencia de las personas diagnosticadas de cáncer se realizará en **unidades multidisciplinarias** de oncología que favorezcan la atención psicosocial y educativa desde el momento del diagnóstico y que les permita continuar su desarrollo madurativo y su educación.

e) Cuidados paliativos

- Se debe proporcionar a los pacientes con enfermedad en fase avanzada terminal y a sus familiares una valoración y **atención integral** adaptada en cada momento a su situación, en cualquier nivel asistencial y a lo largo de todo su proceso evolutivo, basada en las mejores prácticas y evidencias científicas disponibles.

- Se debe disponer de un modelo organizativo explícito para que los pacientes reciban cuidados paliativos de acuerdo con sus necesidades y en el momento apropiado, adaptado a las distintas situaciones y delimitaciones territoriales.
- Se recomienda establecer un sistema organizativo que garantice la coordinación entre los diferentes recursos **sanitarios y sociales** y promueva acciones integradas. Y fomentar la aplicación de los principios **bioéticos** y la participación del paciente en su proceso de acuerdo con los principios, valores y contenidos de la Ley de Autonomía del Paciente y de la legislación vigente en las distintas Comunidades Autónomas
- Establecer programas de **formación** continuada y específica para los profesionales del sistema sanitario a fin de que puedan atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con enfermedad en fase avanzada/terminal y su familia.

f) Calidad de vida

- Proporcionar atención **psicológica y social** a las personas enfermas de cáncer y sus familiares, según sus necesidades, en base a la evidencia científica disponible sobre la efectividad de las intervenciones.
- Promover la **rehabilitación** para las secuelas físicas y funcionales de la enfermedad y sus tratamientos. Deben ser

áreas de especial interés la rehabilitación del linfedema y el cuidado de las ostomías.

g) Investigación

- Potenciar redes de centros y/o grupos de excelencia en investigación del cáncer que estén interconectados de una manera coordinada y cooperativa. Favorecer además, la creación y consolidación de grupos de investigación estables, sólidos e integrados en redes acreditadas, potenciando la asignación de espacios y recursos específicos para desarrollar su labor en el marco de los institutos de investigación sanitaria acreditados por el ISCIII.



1.3.3 Evolución de la mortalidad por cáncer en la Comunidad Valenciana.

En la Comunidad Valenciana se diagnostican, cada año, unos 20100 casos de cáncer y debemos tener en cuenta que el principal factor pronóstico de padecer un cáncer es la edad.

Figura 14.- Departamentos de salud de la Comunidad Valenciana.



La evolución demográfica de la sociedad valenciana y española, camina hacia un incremento de los mayores de 65 años; el aumento considerable de la esperanza de vida, el desarrollo tecnológico, el diagnóstico precoz y la mejora en los tratamientos han contribuido al alargamiento de la vida, convirtiendo en largos supervivientes muchos pacientes con cáncer que hace unos años poseían una alta mortalidad.

Este progresivo envejecimiento de la población ha provocado un aumento de colectivos de pacientes con cáncer de larga evolución y pacientes terminales, lo que hace necesaria una adecuada gestión del paciente oncológico para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario de nuestra Comunidad (Figura 14).

En las figuras 15-18 se describe las tasas de mortalidad prematura (< 75 años) en España y las tres provincias de la Comunidad Valenciana para los cánceres de mama, pulmón, colorectal y páncreas.

Figura 15.- Mortalidad prematura por cáncer de mama en España y la Comunidad Valenciana. 1998-2013.

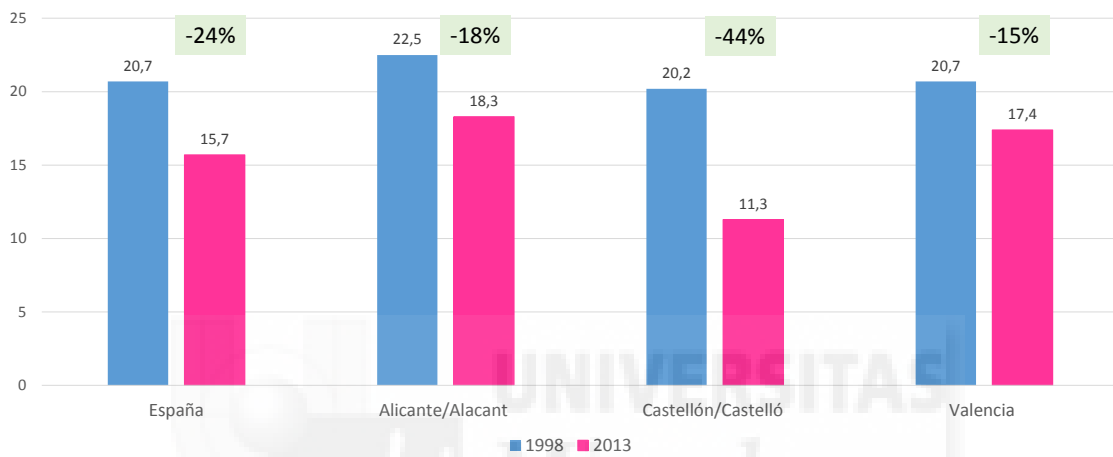


Figura 16.- Mortalidad prematura por cáncer colorectal en España y la Comunidad Valenciana. 1998-2013.

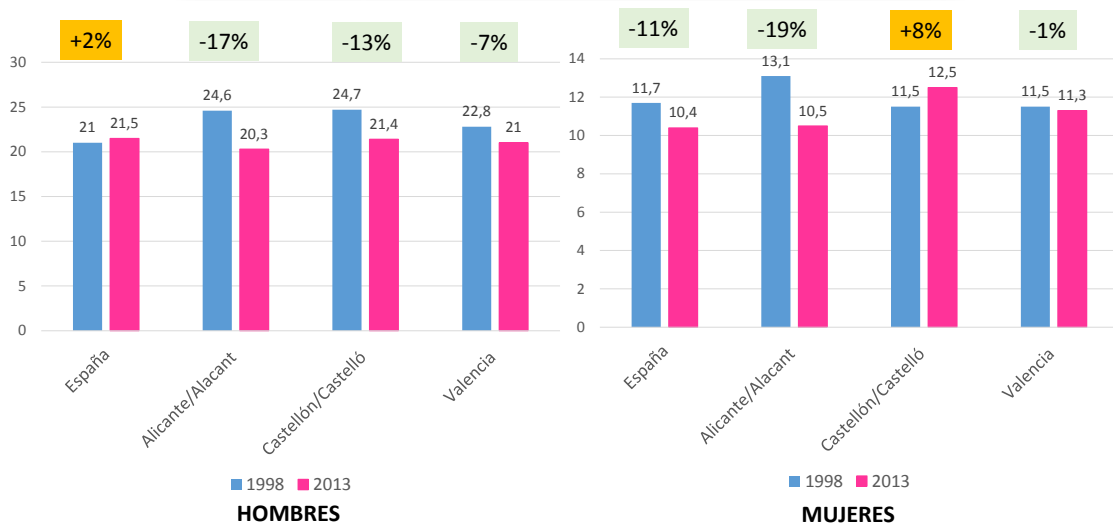


Figura 17.- Mortalidad prematura por cáncer de pulmón en España y la Comunidad Valenciana. 1998-2013.

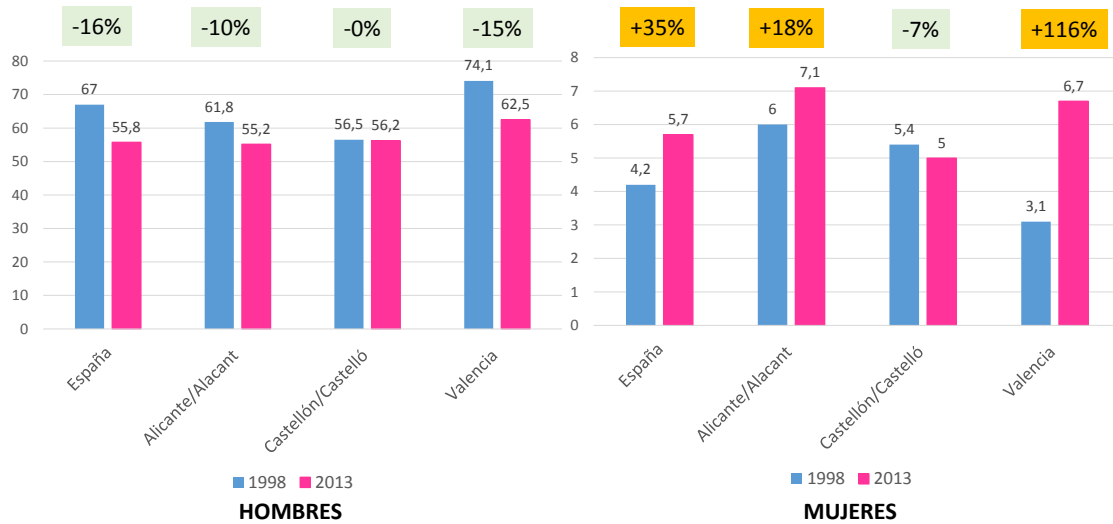
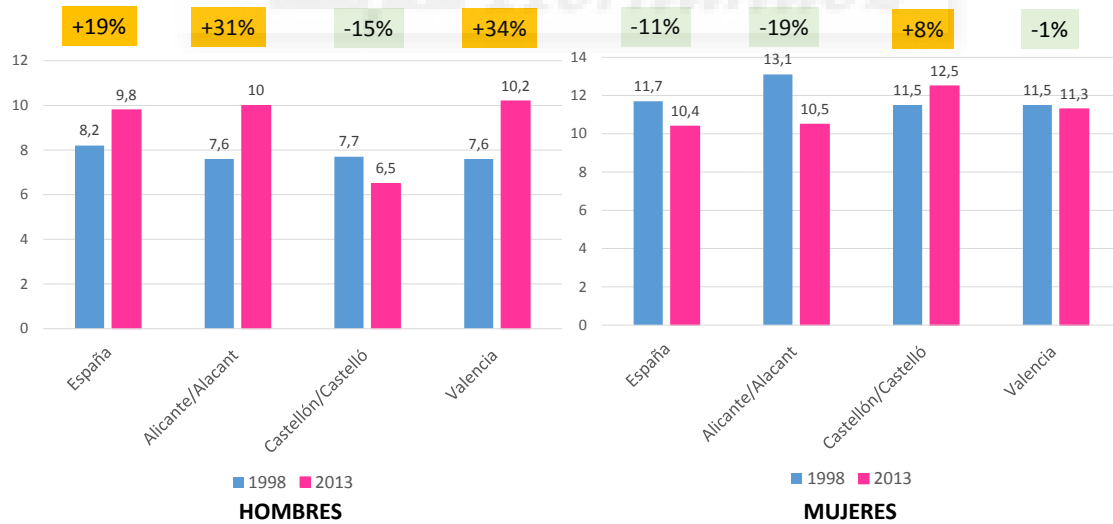


Figura 18.- Mortalidad prematura por cáncer de páncreas en España y la Comunidad Valenciana. 1998-2013.



1.4 Organización de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad Valenciana.

La estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la *Comunitat Valenciana* viene regulada en el Decreto 74/2007, de 18 de mayo publicado en el DOGV hace diez años, en 2007. En la tabla 2 se resumen las estructuras sanitarias públicas existentes en la *Comunitat Valenciana*.

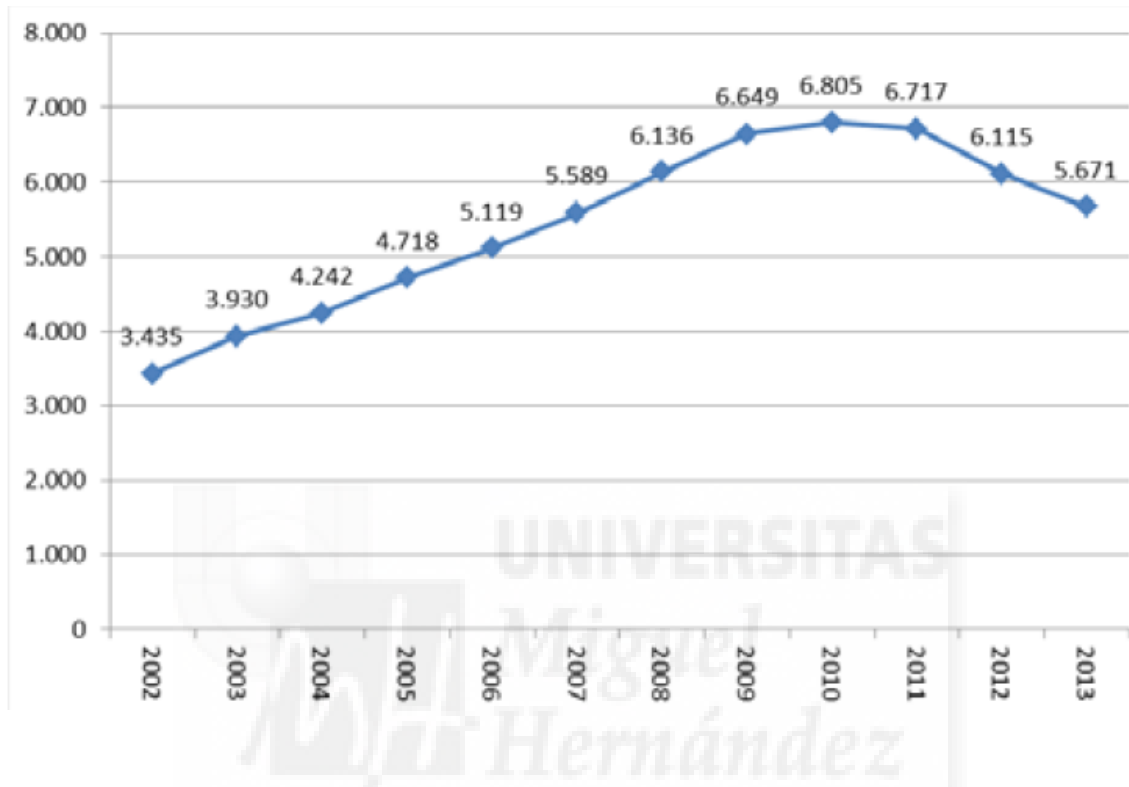


Tabla 2.- Estructuras sanitarias públicas de la *Conselleria Sanitat* en la *Comunitat Valenciana*

Recursos asistenciales de la Conselleria de Sanidad	
Centros de Salud	244
Consultorios	569
Unidades de Apoyo	437
Unidades de Prevención de Cáncer de Mama	24
Unidades de Salud Sexual y Reproductiva	80
Unidad de Salud Mental	124
Unidad de Conductas Adictivas	44
Unidad Básica de Rehabilitación	31
Unidad de Alcoholología	6
Unidad de Odontología Preventiva	128
Centros Sanitarios Integrados	42
Centros de Especialidades	21
Hospitales	34
Hospitalización agudos	
- Hospital departamental	25
- Hospital complementario	3
Hospitalización larga estancia	
- HACLE	6
- Hospital psiquiátrico	1
Centro de Transfusión	3
Servicios de Emergencias Sanitarias	3
Otros recursos	
Servicios de Atención e Información al Paciente	80
Centros de Información y Coordinación de Urgencias	3
Unidades de Hospitalización a Domicilio	24
Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria	24

Fuente: IV Plan de Salud.2016-202. Comunitat Valenciana.

Figura 19.- Evolución del gasto sanitario público consolidado (millones de euros). Sector de gasto Comunidades Autónomas. Comunitat Valenciana, 2002-2013



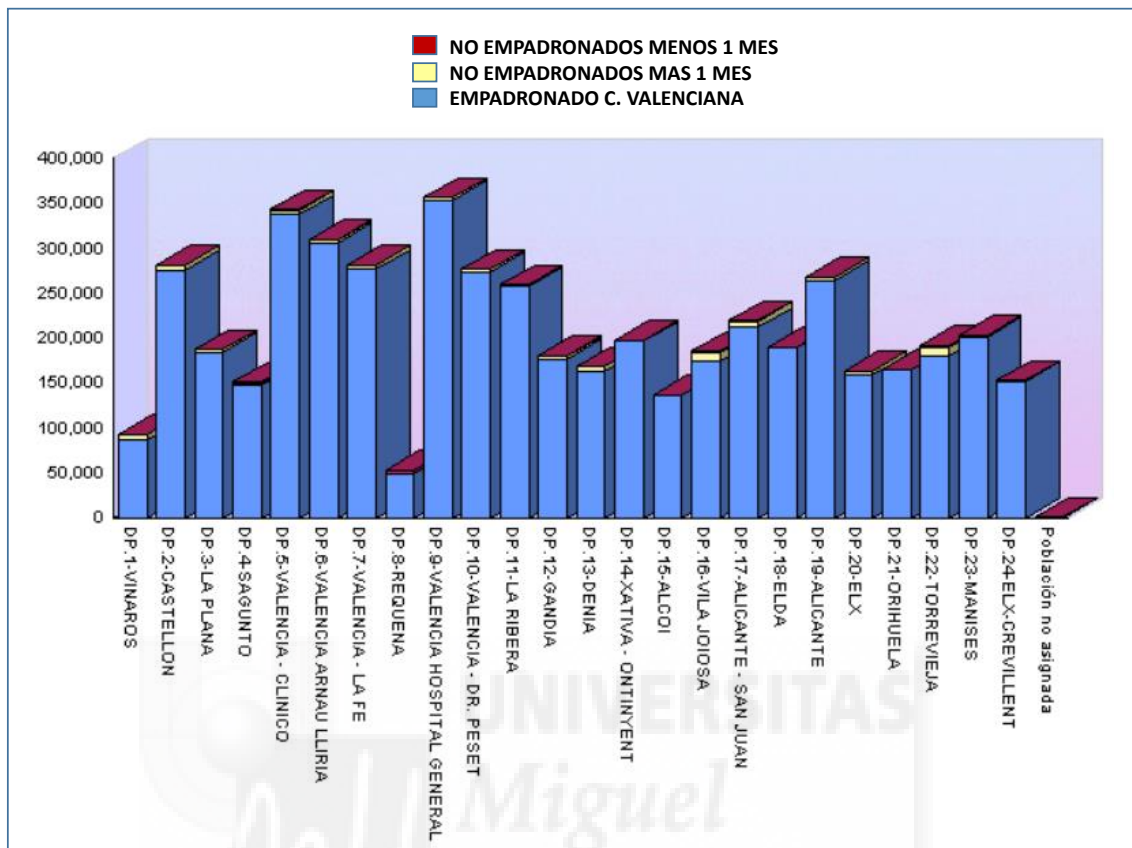
Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de Gasto Sanitario Público. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Las Unidades de Hospitalización a Domicilio y los Hospitales de día, producen una importante disminución de las estancias hospitalarias.

En la figura 18 se expone la evolución del gasto sanitario en la Comunidad Valenciana, si bien en los presupuestos de la Generalitat para el año 2016, la cantidad asignada a la *Conselleria de Sanitat* fue de 5.909 millones de euros, lo que supone un incremento del 7,6% respecto al ejercicio anterior.

El actual mapa sanitario de la Comunitat fue aprobado por Decreto 224/2007, de 16 de noviembre, del Consell, y ha sido modificado posteriormente para la incorporación del departamento de Manises (Resolución de 15 de abril de 2009, del Conseller de Sanitat), para la nueva denominación de los departamentos de salud (Resolución de 16 de abril de 2009, del Conseller de Sanitat) y para la incorporación del departamento Elche-Crevillent (Resolución de 10 de marzo de 2010, del Conseller de Sanitat).

Figura 20.- Denominación de los departamentos de salud. Comunitat Valenciana.



2. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA. DEFINICION DE CALIDAD.

Desde diferentes perspectivas se ha intentado definir la calidad, recurriendo normalmente para ello al análisis de sus diferentes componentes. Probablemente, la autora más citada sea Palmer (16), para quien los elementos de la calidad asistencial son:

-**Calidad científico-técnica:** competencia del profesional para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y los recursos a su alcance para producir salud y satisfacción en la población atendida. Debe considerarse tanto en su aspecto estricto de habilidad técnica, como en el de la relación interpersonal establecida entre el profesional y el paciente.

-**Accesibilidad:** facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de manera equitativa por la población, en relación con las dificultades organizativas, económicas o culturales.

-**Satisfacción o aceptabilidad:** grado con que la atención prestada satisface las expectativas del usuario.

-**Eficacia:** grado con que la atención sanitaria consigue producir una mejora del nivel de salud del paciente o de la población, en condiciones de aplicación ideales.

-**Efectividad:** grado con que la atención sanitaria consigue producir una mejora del nivel de salud del paciente o de la población, en condiciones de aplicación reales.

-Eficiencia: grado con el que se logra obtener el más alto nivel de calidad posible con unos recursos determinados. Relaciona los resultados con los costes generados.

En resumen, podríamos decir que los componentes primordiales son técnicos y giran en torno a la práctica clínica, pero tampoco podemos olvidar los componentes de relación con el paciente y de entorno.

El concepto de Calidad ha evolucionado desde la Inspección y el Control de Calidad hasta el más reciente de Calidad Total (17). El enfoque estructural como método de evaluación de calidad asistencial se remonta al trabajo de Flexner (18), que analizó la formación de los médicos defendiendo la necesidad de normalizar el ingreso en las facultades de Medicina, los planes de estudio, la especialización y la formación continuada.

El control de calidad mediante el análisis estructural quedó normalizado en EE.UU. por la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (19), que estableció las condiciones mínimas que debían cumplir los hospitales, evolucionando posteriormente hasta evaluar la provisión de la asistencia. La acreditación como método de análisis se emplea una vez establecido el grado de calidad que deben tener las prestaciones de un centro o unidad, para comprobar si cumple las características adecuadas para alcanzar los niveles especificados en cuanto a estructura física, equipos, organización, métodos y procedimientos o personal. El modelo define la estructura óptima, de acuerdo con el nivel de calidad del servicio

considerado como mínimo aceptable. Aunque la conformidad con las normas estructurales no asegura la excelencia del proceso y del resultado (20), si establece las condiciones previas necesarias para prestar una atención adecuada (21).

Para entender mejor a las organizaciones se debe partir por los fundamentos básicos de toda estructura.

La estructura de la organización puede definirse simplemente como el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas, consiguiendo luego la coordinación de las mismas.

Estructura es la forma de organización que adoptan los componentes de un conjunto o bien de un sistema, bajo condiciones particulares de tiempo y lugar.

Se dice que existe una estructura cuando una serie de elementos se integran en una totalidad que presenta propiedades específicas como un conjunto, y cuando, además, las propiedades de los elementos dependen (en una medida variable) de los atributos específicos de la totalidad.

La estructura y sus formas de expresión existen a causa de las limitaciones evidentes de la capacidad humana y del tiempo disponible.

La intencionalidad de la conducta organizativa supone la búsqueda de objetivos y el logro de éstos, lo que puede llevar a la preservación de una determinada forma o estado interno del sistema.

Pero los objetivos cambian con el tiempo y resultan de la interacción del sistema con el medio. La estructura interna sólo es estable en un

momento determinado y en ciertas circunstancias; cuando varía la relación del sistema con su medio, la estructura debe adaptarse; es decir, que ésta representa los estados y condiciones del sistema en un momento dado.

La teoría moderna de la Administración está basada en el principio de que no hay una estructura ideal, sino que más bien ésta varía de acuerdo con la situación local; por eso, un reto importante para la adecuada gestión se encuentra en el diseño de las estructuras adecuadas.

Para organizar y sistematizar el trabajo, se necesita definir quién lo hará, además de cómo y dónde. También, se necesita definir y asignar los recursos para hacerlo. Es decir, para lograr los fines y objetivos del proceso y llevar adelante distintos tipos de planes, se necesita asignar tareas a las personas y estas tareas deben coordinarse.

Toda actividad humana organizada plantea dos dificultades básicas y a la vez opuestas entre sí; por un lado, la asignación de las actividades que debe realizar cada uno de los participantes en el proceso, quien será el responsable concreto de cada actividad y, por el otro, la forma en que se logra la coordinación de las mismas.

Cada vez se considera más importante el valor de la innovación en la gestión. Los facultativos tienen mucho que decir por el lado organizativo porque pueden aportar un sentido clínico a la gestión.

Los profesionales tienen que mirar a la organización porque la necesitan para dar lo mejor de sí y, de forma inversa, la organización necesita de los clínicos para hacer gestión.

2.1 Elementos de las estructuras

Distribución de actividades y tareas, tanto en la faceta operativa como en la administración o gestión general del negocio:

- Establecimiento de responsabilidades en la administración de recursos de todo tipo, incluyendo la información.
- Establecimientos de mecanismos para adoptar decisiones (Quién, cómo, cuándo) y una cierta jerarquía de autoridad.
- Acuerdo de una modalidad de comunicación, procedimientos de trabajo y un mecanismo para coordinar el trabajo.

2.2 Proceso de organización del trabajo

En toda organización debe haber una buena distribución del trabajo (proceso) y una disposición u organización de todos los recursos con funciones y responsabilidades claras y adecuada coordinación que permita lograr los objetivos (estructura).

La organización del trabajo es una de las funciones de la administración (o del administrador) y una de las etapas del ciclo administrativo.

Desde la óptica de la administración como un proceso, la organización del trabajo es uno de los procesos menores en que se divide el proceso administrativo en su conjunto.

El propósito de la función de organizar es lograr un esfuerzo coordinado a través del diseño de una estructura de relaciones entre las tareas y la autoridad (poder). Los dos conceptos claves son Diseño y Estructura.

Diseño es la determinación anticipada de la manera en que trabajan los profesionales, mientras que Estructura se refiere a las relaciones y aspectos más o menos estables de la organización.

2.3 Proceso integral de Organización del trabajo: el diseño de estructuras.

Los diseños organizativos actuales buscan estructuras más descentralizadas, flexibles, innovadoras, con capacidad emprendedora para sus miembros y con procesos cada vez más eficientes en la adopción de decisiones.

Un buen Diseño consta de tres criterios fundamentales:

- Análisis funcional del conjunto de actividades, tareas y procesos diferenciados y ordenados para lograr los objetivos de la organización.
- Un estudio de la autoridad que ordena un conjunto de niveles jerárquicos y permite actuar a los individuos y subunidades bajo unos criterios de responsabilidad y de control de sus actividades.
- Un proceso de decisión por el que cada miembro, según su función, autoridad y preferencia, y gracias a la información recibida, llevará a cabo

unas elecciones y una gestión que deberá saber compatibilizar con los distintos objetivos (individuales y de sistema).

2.4 Elementos fundamentales para el rediseño de estructuras

- Análisis del problema
- Diagnóstico global de la situación estructural.
- Decisión de reorganizar a tomar por el nivel superior
- Informes y propuestas al nivel superior, aprobación de lo actuado y conformación del grupo de trabajo
- Proceso de rediseño de la estructura:
 - Aprobación por el nivel superior
 - Implementación (tareas previas, planificación de la implementación, comunicación y capacitación)
 - Puesta en marcha.

3. FUNCIONES DE LA SECCIÓN DE ONCOLOGÍA MÉDICA

Tomando como referencia básica el ordenamiento legal vigente pueden desatarse las siguientes normas:

- Estatuto jurídico de Personal Médico de la Seguridad Social (Orden Ministerial 3160,1966) (22).
- Real Decreto 127/1984, de 11 de Enero, por el que se regula la Formación Médica Especializada y la obtención del Título de Médico Especialista (23).
- Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de Abril (24).
- Ordenación de las prestaciones sanitarias del SNS (R. D. 63/1995, de 20 de Enero) (25).
- Reglamento de Regímenes de Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias (Orden de 7 de Julio de 1972, art. 73) (26).

Se definen como las funciones que se desarrollan en la Sección de Oncología Médica en general las siguientes:

- Proporcionar soporte especializado a los equipos de atención primaria con los que se integra.
- Atención especializada a los pacientes en régimen de internamiento.
- Atención especializada a pacientes en régimen ambulatorio.
- Asistencia a pacientes con patología urgente.

- Colaborar en la rehabilitación de los pacientes.

Así, las **Funciones** de una Sección de Oncología Médica son:

-Función Asistencial

-Función Docente

-Función Investigadora

-Función de Gestión y Control de Calidad



3.1 Función Asistencial

Representa el pilar básico del ejercicio de la profesión médica; incluye la **Cartera de Servicios** que la especialidad ofrece para atender la demanda de diagnóstico y tratamiento de los pacientes de cáncer.

- Atendemos tanto la patología asociada a la enfermedad como las complicaciones derivadas del Tratamiento Citostático.
- La Oncología es una Especialidad de tipo Horizontal, con participación en todas las ramas de la Medicina.

La Actividad Asistencial de Oncología Médica se desarrolla a tres niveles:

- Consultas Externas
- Hospital de Día
- Hospitalización

Debe tenerse en cuenta que la gran mayoría de la actividad del servicio es a nivel ambulatorio (más del 90 %), tanto en Consultas Externas como en Hospital de Día.

El número de pacientes atendidos ha ido aumentando progresivamente, año tras año, tanto en cuanto a visitas en Consultas Externas como a tratamientos realizados en Hospital de Día de Oncología.

En 2016 hemos llegado a atender en Oncología Médica del Hospital Universitario San Juan de Alicante **14.818** consultas, 3.801 más, entre primeras visitas y sucesivas, frente a 2012 en que atendimos sólo **11.017** :

Tabla 3.- Consultas Externas y Tratamientos. Hospital de Día. Hospital Universitario San Juan de Alicante

Años	2012	2013	2014	2015	2016
Consultas Externas	11.017	12.020	12.930	13.319	14.818
Tratamientos Hospital Día	4.998	5.224	5.549	5.047	5.792

.- RECURSOS HUMANOS:

- Personal Médico:

Cinco Oncólogos Médicos:

- Un Jefe de Sección: Dra Nieves Díaz Fernández
- Cuatro Facultativos Especialistas de Área :

Dra Cristina Ángeles Oyonarte

Dr Antonio López Jiménez

Dra Lorena Del Rio Pazos

Dra Paola García Coves

Todos los médicos trabajan a tiempo completo y dedicación exclusiva, con jornada diaria de 8:00 a 15:00, de lunes a viernes.

Además de lunes a jueves, un médico prolonga su actividad en el Hospital de Día hasta las 18:00 horas atendiendo un consulta y supervisando la administración de tratamientos en dicho hospital.

Comprende la actividad en las Consultas Externas, Hospital de Día, la Hospitalización en régimen de internamiento y la Atención Continuada, todo ello dentro del marco de la mejora continua de la Calidad Asistencial.

3.2 Consultas Externas

Comprende la asistencia a los pacientes en las consultas externas del centro hospitalario.

Recursos humanos en el Área de Consultas Externas.

- Facultativo especialista de área.
 - Psicólogo clínico.
 - Personal auxiliar de enfermería con experiencia en el manejo de los pacientes oncológicos, que se encargará de organizar de forma adecuada la consulta del Oncólogo Médico, dando fluidez a la misma y prestando la máxima atención a los pacientes. También atiende las consultas telefónicas filtrando y canalizando las mismas.
- Disponemos de dos auxiliares de enfermería en el área de Consultas Externas.

Recursos materiales en el Área de Consultas Externas

- Disponibilidad de un número adecuado de consultas que estarán dotadas de mobiliario necesario para el ejercicio profesional del Oncólogo Médico.
- Sala de espera.
- Aseos para el personal y los usuarios.
- Recepción dotada con mobiliario y material ofimático preciso.
- Sala de reuniones: suficientemente amplia para acoger al personal del Servicio y posibilitar las sesiones que se programen,

teniendo en cuenta que a ellas pueden y deben acceder los residentes en rotación por el Servicio y los estudiantes de pregrado en período de prácticas.

Dotada de una pequeña biblioteca seleccionada de libros y revistas de la especialidad.

3.3 Hospital de Día

En él se realizan técnicas con intención diagnóstica y/o terapéutica tales como: punciones de distintas cavidades para diagnóstico citológico, punción-aspiración de médula ósea, biopsia ósea, toracocentesis y punción lumbar.

Prescripción y administración de fármacos antitumorales y moduladores biológicos por vía intravenosa, intratecal y a través de catéteres o sistemas implantados.

.- ÁREA FÍSICA:

- Hospital de Día Médico que funciona diariamente desde las 7:30 h hasta las 18:00 h.

- Un área con 9 sillones y 2 camas, para la administración de tratamientos, transfusiones, realización de biopsias de médula ósea, toracocentesis, paracentesis y curas.
- Existe, así mismo, una Unidad de Citostáticos y terapias biológicas en el Servicio de Farmacia para la preparación de éstos y su posterior administración en el Hospital de Día.
- Se dispone del sistema Oncofarm desde 2005 para la prescripción de Citostáticos.

- Personal administrativo. Se encargará de la citación de pacientes para primera visita con conexión con el Servicio de Admisión; llevará el archivo de los diagnósticos, la documentación de los protocolos, la citación de los Comités de Tumores y realizará los informes clínicos que se precisen.

Disponemos de una Auxiliar Administrativa en el área de Consultas Externas.

3.4 Hospitalización

Los pacientes hospitalizados en un Servicio de Oncología Médica provienen de:

- ingresos programados para:
 - estudio y diagnóstico
 - administración de quimioterapia

-traslados desde otros servicios

- ingresos desde Urgencias para observación, estudio y tratamiento de complicaciones relacionadas con la enfermedad oncológica o con toxicidad de la quimioterapia.

.- ÁREA FÍSICA:

Dispone de:

- Planta de hospitalización con 17 camas asignadas.

Tiene una ocupación regular de aproximadamente 16-18 camas.

3.5 Atención Continuada y de Urgencias

La atención continuada corresponde al horario complementario realizado por los facultativos especialistas adscritos a una institución sanitaria que excede de la jornada normal de trabajo. Esta función se desempeña en la Sección de Oncología Médica de Hospital San Juan de Alicante mediante prolongación de jornada por las tardes y hasta que se finaliza la administración de quimioterapia en Hospital de Día.

La atención de Urgencias ha sido regulada en virtud del Real Decreto 866/ 2001 de 20 de Julio (BOE 187/ 2001 de 6 de agosto), que enumera así mismo, de modo general, las funciones en este área de atención (27).

En lo referente al Facultativo Especialista en Oncología Médica, éstas son las siguientes:

- Prestar asistencia a todos los pacientes con sospecha de patología oncológica que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital cuando ésta sea requerida por los facultativos del Servicio.
- Decidir el ingreso de los pacientes en el hospital, bien para su tratamiento o para su estudio cuando su situación clínica así lo aconseje.
- Si el paciente es valorado y/o tratado por el Especialista en Oncología Médica, dar de alta al paciente desde el Servicio de Urgencias una vez atendido y con el informe de alta correspondiente.
- Informar al paciente o, en su caso, a los familiares autorizados por él, de su proceso clínico, de las exploraciones complementarias, tratamiento y actuaciones previstas, así como de otros aspectos que afecten a la evolución del proceso.

3.6 Función Docente

De acuerdo con el Título VI de la Ley 14/ 1986, de 25 de Abril, General de Sanidad (24), toda la estructura asistencial del Sistema Sanitario debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales sanitarios.

La función docente comprende la formación de:

- Estudiantes de Pregrado:

El título oficial de Licenciado en Medicina viene regulado por el Real Decreto 1417/ 1990, de 26 de Octubre. Dentro de las enseñanzas que conducen a la obtención de dicho título, se encuentra la adquisición de una experiencia clínica adecuada en hospitales Universitarios bajo la vigilancia de los profesionales médicos.

- Post-grado: Nuevos especialistas en Oncología Médica y del resto de especialidades que roten por el Servicio de Oncología Médica:

La formación mediante el sistema de Residencia se basa en el aprendizaje continuo y progresivo a través de la incorporación de los residentes a la estructura de un Servicio de Oncología Médica ya organizado, y participando

activamente en todas las actividades asistenciales con la supervisión de los Facultativos Especialistas.

Se incluye, además, la posibilidad de participar en las distintas líneas de investigación y en los Ensayos Clínicos activos en el servicio de Oncología Médica al cual están adscritos, bajo la tutela de los Facultativos Especialistas responsables de dichos proyectos.

- Estudiantes de Tercer Ciclo y personal investigador, con el objetivo de la realización de Tesis Doctorales en la especialidad.
- Formación continuada del resto del personal sanitario: La Sección de Oncología Médica debe colaborar en la enseñanza continuada de otros colegas y del resto de personal sanitario, miembros del equipo de salud, tanto de Atención Primaria como de otras especialidades, a través de cursos de formación continuada que se desarrollen tanto dentro del Hospital al que está adscrito como en otras instituciones integradas en el Área de Salud.

Equipamiento docente.

Dispone de los recursos necesarios para llevar a cabo una labor docente:

Ordenadores, acceso a Internet, proyector multimedia...

El Hospital dispone de biblioteca/Hemeroteca propia con textos y revistas de Oncología Médica.

El servicio está suscrito a Uptodate y New England online para apoyo de los profesionales.

3.7 Función Investigadora

La investigación, en su vertiente clínica, representa el soporte de una buena asistencia y, en su vertiente epidemiológica, una ayuda inestimable para la planificación y gestión de los Servicios.

La función investigadora engloba:

- Diseño, elaboración y presentación de trabajos de investigación del Servicio o Unidad a la que pertenece.
- Participación y preparación de Ensayos Clínicos.
- Preparación de trabajos para su publicación en revistas médicas.
- Preparación y presentación de conferencias y comunicaciones científicas; de ponencias en reuniones y congresos de la especialidad de cualquier ámbito.
- Lectura crítica de la bibliografía.
- Manejo y aplicación de herramientas de Bioestadística

3.8 Función de Gestión y Control de Calidad

Tiene como objetivo responsabilizarse de los medios y resultados de la Sección.

Se realiza sobre aquellos factores de la asistencia, docencia, investigación o gestión para valorar sus resultados y compararlos con un patrón.

La adecuación y seguimiento de protocolos, la conformidad con las orientaciones de diferentes Comisiones, y el cumplimiento de las normas tanto de la propia Sección de Oncología Médica como del Hospital. Son elementos indispensables para saber gestionar y medir lo que se hace.

La Gestión de Calidad se entiende como una opción para avanzar en la mejora de la atención. Esta está orientada al Usuario, a la obtención de resultados acorde con lo que este espera y a la mejora continua de la prestación del servicio a partir de la valoración de los resultados obtenidos.

3.9 Función Mixta Administrativo- Asistencial

Están recogidas en el Estatuto, y otras derivan de la propia Ley General de Sanidad. Estas consisten en realizar informes de alta, certificados, documentos médico-legales.

El Jefe de Sección de Oncología Médica, junto con el resto de facultativos de la Sección, debe participar en el desarrollo y

mantenimiento de los sistemas de información del Centro, relacionados con su actividad, y proporcionando periódicamente la información requerida por la Dirección. Debe también supervisar al personal que está a su cargo.

4. ORGANIZACIÓN DE LA SECCIÓN DE ONCOLOGÍA MÉDICA

La Sección de Oncología Médica es autónoma en su funcionamiento, dependiente, directamente, de la Dirección del Hospital, y su responsable, el Oncólogo Médico con dedicación total y exclusiva al Servicio y a la especialidad.

Existen normas escritas de organización interna de la Sección, con delimitación jerárquica, responsabilidades y funciones de cada uno de sus miembros.

Existe una programación anual de actividades de la Unidad a nivel asistencial, docente e investigadora clínica, así como protocolos de diagnóstico y tratamiento que se actualizan regularmente.

Las historias clínicas se conservan en el archivo central del Hospital y se utilizan según unos criterios unificados por la Dirección del centro. Se ha comenzado a introducir la Historia Clínica electrónica.

Los facultativos especialistas de área realizan guardias dentro del Departamento de Medicina Interna del Hospital. Los residentes de Oncología Médica realizan turnos de guardia dentro del Servicio de Medicina Interna.

Periódicamente, la Sección realiza controles de calidad internos mediante:

- Sesiones diarias para la resolución de problemas
- Revisión retrospectiva de casos clínicos
- Encuestas de Satisfacción de los pacientes
- Revisión de protocolos de tratamiento y de decisiones clínicas
- Tiene activa la Comisión de control de Calidad de Oncología Médica
- Participa en la Comisión de control de Calidad del Hospital

ACTIVIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN

.- Actividad Asistencial.

El Hospital es un Hospital General Universitario y se atienden a pacientes de todas las patologías oncológicas por lo que el residente en Oncología Médica estará formado en todas las patologías posibles.

.- Actividad docente:

La Sección realiza sesiones diarias. Se realizan sesiones clínicas, sesiones con otros servicios, sesiones de formación teórica cada 15 días. También se realizan sesiones bibliográficas y anatomoclínicas y se participa activamente en las sesiones generales del Hospital.

3.- Actividad de Formación Continuada:

Todo el personal del servicio realiza cursos de actualización periódicos y asiste a congresos nacionales e internacionales.

4.- Actividades Científicas y de Investigación:

Los médicos de la Unidad están implicados en la investigación clínica y participan en proyectos de investigación y ensayos clínicos; colaboran en estudios cooperativos de diversos grupos: GEICAM, TTD, SOLTI.

Colaboran con la Unidad de Consejo Genético de referencia ubicada en el Hospital General de Elche.



El Hospital Universitario San Juan de Alicante dispone de: 369 camas, 76 espacios para consulta externa, 10 quirófanos y 17 puestos de Hospital de Día.

Atiende a un área de más de 220.000 habitantes.

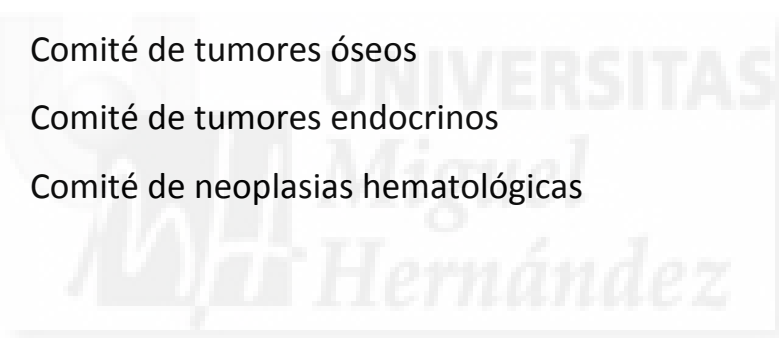
Es de Referencia para los Departamentos de Elda, Alicante y San Juan en Oncología Radioterápica, y para la provincia de Alicante en Cirugía Máxilofacial y Medicina Nuclear. Prácticamente todas las especialidades médicas y quirúrgicas están acreditadas para la formación de residentes:

- Servicio de Oncología Radioterápica con instalaciones de megavoltaje
- Servicio de Radiodiagnóstico
- Servicio de Medicina Nuclear
- Servicio de Análisis Clínicos
- Servicio de Microbiología
- Servicio de Anatomía Patológica
- Servicio de Cuidados Intensivos
- Servicio de Hematología
- Servicio de Medicina Interna y de todas las especialidades médicas
- Servicio de Cirugía General
- Servicio de Cirugía Maxilofacial de referencia para la provincia

- Servicio de Traumatología/Unidad de Tumores Óseos de referencia para la provincia de Alicante.

El Hospital dispone de Comités de tumores interdisciplinarios, en los que participa la Unidad de Oncología Médica, todos ellos englobados en la Comisión de Garantía de Calidad de Tejidos y Tumores:

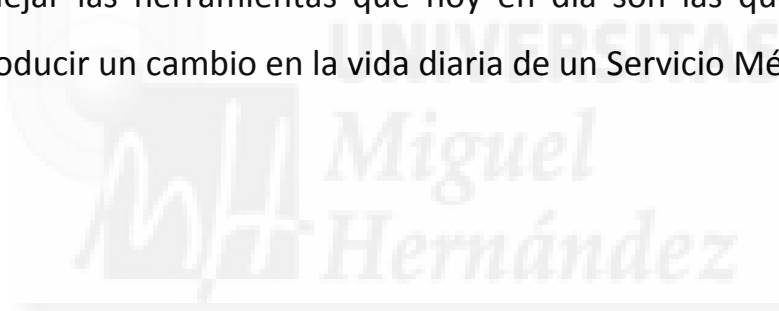
- Comité de mama y tumores ginecológicos
- Comité de melanoma
- Comité de tumores de cabeza y cuello
- Comité de tumores torácicos
- Comité de tumores digestivos
- Comité de tumores óseos
- Comité de tumores endocrinos
- Comité de neoplasias hematológicas



RESPONSABILIDAD EN LA ORGANIZACIÓN

Como administrador de recursos sanitarios, el médico responsable de una Unidad en el Sistema Público, ha de enfrentarse al proceso de transformación desde una "economía social administrada" a un modelo económico que sea sostenible en clave de gestión ("economía social gestionada"). Habrá pues, que buscar un punto de encuentro entre la actividad gestora y la actividad asistencial, incorporando nuevas herramientas, nuevos conceptos y una nueva cultura para el ejercicio profesional.

Además de visión general y estratégica, el Jefe de Servicio necesita saber manejar las herramientas que hoy en día son las que de verdad pueden producir un cambio en la vida diaria de un Servicio Médico.



5. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

La **Gestión Clínica** parece un término abstracto pero en realidad es tangible, concreto y aplicable, además, propone la tan ansiada conciliación de los intereses de calidad, efectividad y seguridad para el paciente, de ética para el clínico y de sostenibilidad para el Hospital y el Sistema Sanitario.

La Gestión Clínica se debe desarrollar a través de la **Planificación Estratégica**, entendida como el conjunto de criterios de decisión y las propias decisiones elegidas y llevadas a cabo por la dirección de una organización, para orientar de forma determinante y permanente las actividades y la configuración de la organización.

En una situación de cambio permanente, la planificación y dirección estratégicas ofrecen la posibilidad de diseñar y alcanzar el futuro deseado a través de un camino preconcebido.

La Planificación Estratégica tiene diferentes **Fases**:

- 1-Definición de la Misión, Visión y Valores de la Organización
- 2-Formulación Estratégica
- 3-Planificación Operativa
- 4-Evaluación de Resultados
- 5-Reformulación Estratégica

1-Misión, Visión y Valores de la Organización:

Constituye la Razón de Ser del Servicio. Debe recoger el Ámbito y las Políticas de Actuación en clave de Futuro.

2- Formulación Estratégica

Tiene a su vez cuatro parámetros:

-Análisis del Entorno (exterior):

- Amenazas
- Oportunidades

-Análisis Interior:

- Debilidades
- Fortalezas

-Factores Clave de Éxito

-Líneas y Objetivos Estratégicos

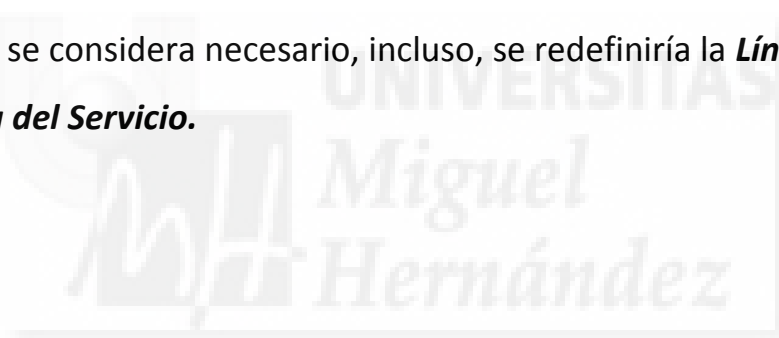
3- Planificación Operativa :

A cada objetivo estratégico hay que ponerle objetivos operativos que sean cuantificados, alcanzables, con un responsable identificable y que supongan un reto.

La Planificación Operativa se consigue a través del **Cuadro de Mandos** desde el que se valora como va cada uno de los **Objetivos Operativos**, realiza la corrección de desviaciones y el seguimiento táctico.

4- Evaluación de Resultados Estratégicos se debe realizar periódicamente, cada 6 meses, en base al seguimiento operativo, realizando Análisis de desviaciones (causas internas o externas) y con adopción de medidas correctoras de carácter táctico.

5-La **Reformulación Estratégica** , es la última de las Fases de la Planificación Estratégica, se debe realizar cada año para redefinir, si es necesario , los Objetivos Operativos primero, y los Objetivos Estratégicos después. Si se considera necesario, incluso, se redefiniría la **Línea Estratégica del Servicio**.





HIPOTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS y OBJETIVOS

Hipótesis:

La implementación de un plan estratégico con la creación de un servicio interdepartamental de oncología médica en dos departamentos de salud, permite mejorar la eficiencia de la atención prestada frente a la prestación diferenciada en cada uno de ellos.

Objetivos:

1. Analizar el impacto de un plan estratégico de gestión mediante la creación de un servicio interdepartamental de oncología, a través de:
 - a. Evaluar en el periodo 2012-2016, la evolución de los indicadores de actividad de hospitalización y consulta externa y urgencias con especial interés en :
 - i. Consultas Primeras visitas
 - ii. Consultas sucesivas
 - iii. Actividad Hospital de día
 - b. Analizar, en el periodo 2012-2016, la evolución interdepartamental de los indicadores relacionados con el consumo de citostáticos en el Departamento de Marina Baixa.



METODOS

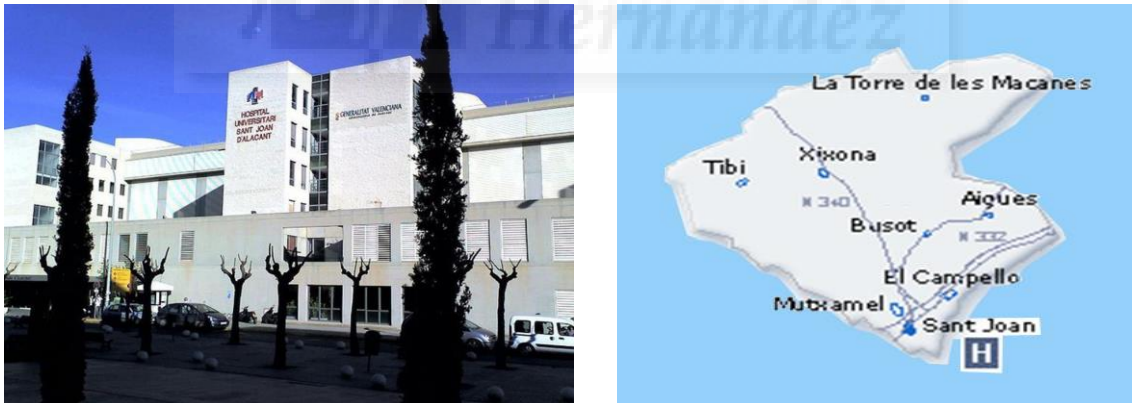
7. MÉTODO

7.1 Ámbito

Situación previa. Año 2011. Atención separada en dos Departamentos: San Juan y Marian Baixa

- a) El Hospital Universitario de San Juan es el hospital de referencia del Departamento de Salud 17 de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública (Orden del 2 de mayo de 2005). Tiene una población asignada de 218.938 habitantes, de los cuales los mayores de 65 años suponen un 19.40 % de la población atendida, y que incluye 25 Residencias Socio sanitarias registradas.

Figura 21.- Departamento de San Juan. Hospital Universitario San Juan de Alicante y área de influencia.



b) El Hospital Marina Baixa cubre la población de la comarca de Villajoyosa dando atención a 189.800 hab. Hasta 2011 la atención a los pacientes oncológicos se prestaba de forma externalizada en un centro privado, la Clínica Benidorm.

La calidad de la atención que se estaba ofreciendo a los pacientes oncológicos del Departamento Marina Baixa mostraba importantes áreas de mejora. La atención y tratamiento de estos pacientes se estaba ofreciendo a través de una clínica privada con un elevado coste económico hasta el año 2011.

Situación actual. Años 2012-2016. Atención coordinada para los dos Departamentos: San Juan y Marian Baixa mediante la creación de un servicio de oncología interdepartamental.

Con la intención de mejorar la atención de los pacientes de cáncer del Departamento Marina Baixa se pensó en crear, en 2012, el Servicio Interdepartamental de Oncología Médica de Sant Joan-Alacant y Marina Baixa.

La fusión en un único Servicio de Oncología Médica para atender ambos departamentos se ha realizado mediante la colaboración entre los dos centros, aprovechando los vínculos y las sinergias que existen entre los dos Hospitales desde hace años, y la proximidad geográfica, así como aunando esfuerzos, para también ofrecer a los ciudadanos una atención integral, personalizada y de calidad desde un único Servicio de Oncología Médica de gestión pública (Tabla 4).

El acuerdo fue refrendado por ambas gerencias y por la Dirección General de Atención Especializada en representación de la Consellería de Sanidad.

La clave de la propuesta era la correspondencia recíproca: Un único Servicio, con dos unidades asistenciales. La fusión de ambos servicios médicos generaría un servicio médico de mayor dimensión con correspondencia recíproca: los oncólogos de H. Marina Baixa trabajarían indistintamente en H. U. San Juan y H. Marina Baixa, de la misma manera que los oncólogos de H. U. San Juan lo harían indistintamente en ambos departamentos.

Con esta intención se planteó el aumento de las plazas de Facultativo Especialista en Oncología Médica en el Hospital Marina Baixa elevándose, progresivamente, hasta cuatro médicos oncólogos durante estos últimos cinco años y se ha fusionado la plantilla de los oncólogos médicos del Hospital Marina Baixa a la Unidad de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario San Juan de Alicante.

La Sección de Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario San Juan de Alicante (constituida por un Jefe de Sección y cuatro Facultativos Especialistas) y los cuatro oncólogos médicos del Hospital Marina Baixa se unieron constituyendo una única Unidad de Oncología Médica para dar atención a pacientes de una población de referencia de más de 400.000 habitantes. Según datos del Servicio de Información Poblacional de 2015 el Departamento de Marina Baixa tiene una población asignada de 189.800 habitantes y el Departamento de San Juan tiene una población asignada de 221.296 habitantes (Tabla 4).

En 2012 se creó en el Hospital Marina Baixa un área de consultas externas y un Hospital de Día con 11 puestos de tratamiento y se inició la singladura que conduce a la realidad actual.

Es de destacar entre las características de ambos Departamentos, en los que es frecuente la residencia tras la jubilación de población del resto de España y de Europa, que tienen el grupo de población de > de 65 años de los más numerosos de la Comunidad Valenciana y que, epidemiológicamente, el factor más importante de predisposición para desarrollar un cáncer es la edad.

Tabla 4.-Fórmulas de gestión de los Departamentos de Salud de la Consellería de sanidad universal y salud pública.

Departamento de salud	Centro	Fórmula de gestión
Vinaròs	H. Comarcal de Vinaròs	Pública
Castellón	H. General de Castelló	Pública
	Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón	Consorcio
La Plana	H. de La Plana	Pública
	Hospital Complementario Alto Palancia de Segorbe	Pública
Sagunto	H. de Sagunto	Pública
Valencia - Clínico - Malvarrosa	H. La Malva-Rosa	Pública
	H. Clínico Universitario	Pública
Valencia - Arnau de Vilanova - Llíria	H. Arnau de Vilanova	Pública
Valencia - La Fe	H. Universitario y Politécnico La Fe	Pública
Requena	H. de Requena	Pública
Valencia - Hospital General	Consorcio H. General Universitario de Valencia	Consorcio
Valencia - Doctor Peset	H. Universitario Dr. Peset	Pública
La Ribera	H. Universitario de La Ribera	Concesión administrativa
Gandía	H. Francesc de Borja de Gandía	Pública
Dénia	H. de Dénia	Concesión administrativa
Xàtiva - Ontinyent	H. Lluís Alcanyís de Xàtiva	Pública
	H. General de Ontinyent	Pública
Alcoy	H. Virgen de Los Lirios	Pública
Marina Baixa	H. de La Marina Baixa	Pública
Alicante - Sant Joan d'Alacant	H. Universitario San Juan de Alicante	Pública
Elda	H. General de Elda-Virgen de la Salud	Pública
Alicante - Hospital General	H. General Universitario de Alicante	Pública
Elche - Hospital General	H. General de Elche	Pública
Orihuela	H. de la Agència Valenciana de Salut Vega Baja	Pública
Torreveija	H. de Torreveija	Concesión administrativa
Manises	H. de Manises	Concesión administrativa
Elche - Crevillent	H. del Vinalopó	Concesión administrativa

Tabla 5.-Distribución de la población asignada a cada uno de los Departamentos de la Comunidad Valenciana. Sistema de Información Poblacional (SIP) 2015.

 <p>GENERALITAT VALENCIANA CONSELLERIA DE SANIDAD</p>	<p>SIP INFORME MENSUAL JULIO 2015 CIUDADANOS INCLUIDOS EN EL SIP</p>	 <p>FOMENTO DE LA SALUD COMUNIDAD VALENCIANA SIP</p>
--	--	---

Distribución por Departamento de salud y situación de empadronamiento

	TOTAL		EMPADRONADOS		NO EMPADRONADOS			
	Nº Absolutos	%	Nº Absolutos	%	Estancia > 1 mes		Estancia < 1 mes	
					Nº Absolutos	%	Nº Absolutos	%
C. VALENCIANA	5,067,337	100.00%	4,927,118	97.23%	84,674	1.67%	55,545	1.10%
DP.1-VINAROS	97,370	1.92%	86,448	88.78%	5,710	5.86%	5,214	5.35%
DP.2-CASTELLON	287,558	5.67%	275,823	95.92%	5,468	1.90%	6,269	2.18%
DP.3-LA PLANA	187,748	3.71%	185,298	98.70%	1,943	1.03%	507	0.27%
DP.4-SAGUNTO	152,452	3.01%	148,825	97.49%	2,749	1.80%	1,078	0.71%
DP.5-VALENCIA - CLINICO	343,705	6.78%	337,821	98.23%	5,272	1.53%	812	0.24%
DP.6-VALENCIA ARNAU LLIRIA	309,487	6.11%	306,055	98.89%	2,831	0.91%	601	0.19%
DP.7-VALENCIA - LA FE	280,638	5.54%	276,287	98.45%	4,040	1.44%	311	0.11%
DP.8-REQUENA	53,379	1.05%	49,150	92.08%	889	1.67%	3,340	6.28%
DP.9-VALENCIA HOSPITAL GENERAL	358,831	7.04%	353,527	98.07%	2,881	0.81%	423	0.12%
DP.10-VALENCIA - DR. PESET	277,694	5.48%	274,829	98.90%	2,690	0.97%	375	0.14%
DP.11-LA RIBERA	281,570	5.16%	258,237	98.73%	807	0.31%	2,528	0.97%
DP.12-GANDIA	187,779	3.71%	177,512	94.53%	3,770	2.01%	6,497	3.46%
DP.13-DENIA	173,452	3.42%	163,845	94.46%	5,276	3.04%	4,331	2.50%
DP.14-XATIVA - ONTINYENT	198,903	3.93%	197,515	99.30%	1,123	0.56%	265	0.13%
DP.15-ALCOI	137,429	2.71%	136,811	99.40%	686	0.50%	132	0.10%
DP.16-VILA JOIOSA	189,800	3.75%	174,831	92.11%	8,709	4.59%	6,260	3.30%
DP.17-ALICANTE - SAN JUAN	221,298	4.37%	212,897	96.20%	6,884	3.11%	1,515	0.68%
DP.18-ELDA	191,000	3.77%	189,399	99.16%	1,335	0.70%	268	0.14%
DP.19-ALICANTE	289,244	5.31%	284,770	98.34%	3,465	1.29%	1,009	0.37%
DP.20-ELX	165,687	3.27%	158,588	95.72%	5,320	3.21%	1,779	1.07%
DP.21-ORIHUELA	165,864	3.27%	164,311	99.06%	1,154	0.70%	399	0.24%
DP.22-TORREVIEJA	200,429	3.96%	180,343	89.98%	9,829	4.80%	10,457	5.22%
DP.23-MANISES	203,213	4.01%	201,374	99.10%	1,475	0.73%	364	0.18%
DP.24-ELX-CREVILLET	153,533	3.03%	152,778	99.51%	500	0.33%	257	0.17%
Población no asignada	1,276	0.03%	648	50.78%	70	5.49%	558	43.73%

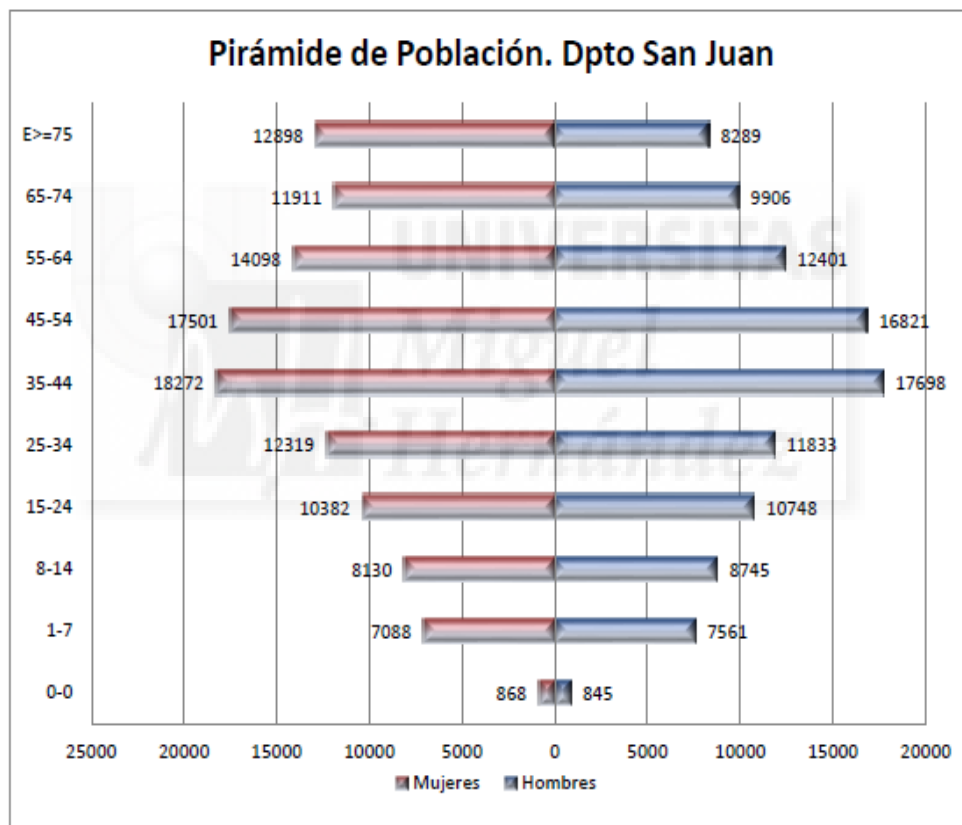
Como consecuencia de ello atendemos a una población con alta prevalencia en el diagnóstico de enfermedades neoplásicas.

La morfología de la pirámide poblacional del Dpto. 17: Corresponde con el tipo “hucha”, con base estrecha, ensanchamiento central y disminución suave hacia el vértice; corresponde a poblaciones donde la fecundidad es muy baja, en proceso de envejecimiento y con baja mortalidad.

La pirámide poblacional del Departamento Marina Baixa muestra la misma distribución en bulbo o hucha que la de la Comunidad Valenciana.

La atención a los pacientes de cáncer se ha ido asumiendo por patologías neoplásicas y de forma progresiva para todos los pacientes desde 2012 hasta 2014 en que la atención ya comenzó a ser completa y hasta la actualidad.

Figura 22.- Pirámide población. Departamento de san Juan de Alicante.



7.2 Marco jurídico organizativo

La Consellería de Sanidad es un organismo autónomo de carácter administrativo de la Generalitat Valenciana.

Se rige por lo dispuesto por la ley 3/2003 de 6 de Febrero de ordenación sanitaria de la Comunidad Valenciana y por las disposiciones reglamentarias que se dictan en desarrollo de dicha ley.

La Ley 3/2003 de 6 de Febrero de la Generalitat Valenciana, de Ordenación sanitaria de la Comunidad Valenciana define un modelo organizativo de la sanidad en el que se da prioridad a las actuaciones destinadas a la promoción, prevención, protección y cuidado de la salud y se impulsan una serie de reformas encaminadas al bienestar del ciudadano y a la búsqueda de una sanidad pública eficaz, eficiente y gratuita, solidaria y de gran calidad, fundamentada en la equidad y en la universalidad.

Para la promoción y provisión de la salud, dicha ley establece a los planes de gestión como instrumento de trabajo, establecidos contractualmente entre la Consellería de Sanidad y sus departamentos dependientes y centros provisosores. Basados en el compromiso, buscan la promoción y provisión de la salud con la mayor eficiencia, fijando durante un período de tiempo los objetivos a cubrir, la medición de la calidad del servicio prestado, los indicadores específicos y el método para evaluar la consecución de los objetivos.

Por otra parte, la Ley 4/2005, de 17 de junio, de la Generalitat, regula las actuaciones en materia de Salud Pública que se desarrollan en el

ámbito territorial de la Comunidad Valenciana, propiciando la coordinación y cooperación de los distintos organismos y administraciones públicas en sus respectivos ámbitos competenciales. El artículo 12 de la citada Ley recoge la creación de la Entidad Valenciana para la Acción en Salud Pública como organismo autónomo de carácter administrativo de la Generalitat, adscrito a la Conselleria de Sanidad, para el desarrollo y ejecución de las competencias de la Generalitat en materia de Salud Pública. El artículo 30 recoge la creación de la Agencia Valenciana de Seguridad Alimentaria y el artículo 50, la creación del Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), encargado de la ejecución de la política de la Consellería de Sanidad con relación a la investigación en Salud Pública.

Frente a la gestión tradicional, la ley explicita otras fórmulas organizativas de gestión como el área clínica o las unidades de gestión clínica, para las que se establecerá reglamentariamente el procedimiento de su creación en cada organismo asistencial.

7.3 Planificación operativa

Tras realizar una *formulación estratégica*, valorando y analizando el Entorno Exterior e Interior de la atención a los pacientes oncológicos del Departamento Marina Baixa, se identificó una **Debilidad**:

El Hospital Comarcal Marina Baixa de Villajoyosa contaba, entre su plantilla, con un solo médico facultativo especialista en Oncología Médica hasta finales de 2011 y la atención a los pacientes oncológicos en el Departamento de La Vila Joiosa se había realizado, en los últimos 5 años, derivando la gran mayoría de los pacientes a un centro privado, no concertado, la Clínica Benidorm, para que reciban tratamiento.

Esta situación había aumentado el coste en el Departamento Marina Baixa llegando a una facturación por citostáticos de 8.958.131 euros en 2011 por parte de esta clínica privada cuando en los hospitales del entorno el consumo era de entre 4.000.000 y 5.000.000 de euros/año.

Se nos planteó qué posible solución dar a este problema.

Sería beneficioso para los pacientes y para el sistema sanitario público el que los pacientes del Departamento de La Vila Joyosa pudieran ser atendidos por Oncología Médica en el propio Hospital Marina Baixa.

La implementación de la actividad de Oncología Médica en el Hospital Marina Baixa disminuiría costes y aumentaría el control por un Servicio de Oncología Médica de la propia Consellería.

Lejos de ser un mero servicio receptor de casos, como centro de referencia para el HMB, la inquietud de los miembros de la plantilla por ofrecer atención de alta calidad a nuestros pacientes, impulsó el desarrollo de nuestra actividad asistencial en el mismo Hospital Marina Baixa.

Podría suponer gran beneficio para los dos Departamentos con la finalidad de mejorar la eficiencia tanto en Investigación, Docencia y, sobre todo, en la Atención al paciente oncológico mediante la colaboración entre los dos centros aprovechando los vínculos y las sinergias que existen entre los dos Hospitales desde hace años, y la proximidad geográfica.





RESULTADOS

RESULTADOS

La fusión se ha realizado de forma completa con un gran beneficio para los dos Departamentos que atendemos.

La finalidad de mejorar la eficiencia tanto en Investigación, Docencia y, sobre todo, en la Atención al paciente oncológico se ha logrado con éxito.

En las tablas siguientes se muestran los documentos oficiales que recogen los Indicadores de Actividad en los últimos años, desde 2012 a 2016, de Consultas Externas y Hospital de Día de ambos hospitales.

En la tabla 6 se presentan los indicadores de actividad de hospitalización en el Hospital Universitario de San Juan en los años 2012 y 2013. Se observa en 2013 una reducción de 3.1% del número de estancias (3780 vs 3902) y de 6.9% de la estancia media (7.2 vs 6.7) con un incremento del 13% del porcentaje de ocupación (71.1 vs 62.9%)

En la tabla 7 se presentan los indicadores de actividad de consultas externas en el Hospital Universitario de San Juan en los años 2012 y 2013. Se observa en 2013 una disminución de un 5% de primeras visitas, un incremento de un 10% de visitas sucesivas y de un 36% de interconsultas. Se produjo una disminución de un 17.24% de las quimioterapias de mas de 5 horas pero un aumento de 20.65% de las quimioterapias de menos de 2 horas.

Tabla 6.- Indicadores de Actividad de Hospitalización. Hospital Universitario San Juan. Años 2012 y 2013.

HOSPITALIZACION	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		TOTAL		AÑO 2012		
	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	diff		abs	%
Nº DE CAMAS	15	17	16	17	16	17	15	17	14	17	14	17	14	17	12	17	14	17	15	17	15	17	15	17	15	17	-2	-14,2	
ESTANCIAS POSIBLES	465	527	476	527	496	527	450	510	434	527	420	510	434	527	372	527	420	510	465	527	450	510	465	527	5319	6205	-886	-14,3	
TOTAL INGRESOS	42	40	39	49	53	45	51	35	55	41	38	45	61	55	43	48	63	53	31	42	47	47	38	39	561	539	22	4,1	
INGRESOS EXTERNOS	37	37	32	44	50	42	49	33	52	39	37	41	58	49	43	40	60	50	31	42	45	46	38	37	532	500	32	6,4	
URGENTES	34	32	24	35	42	34	41	27	42	34	34	36	50	40	33	33	50	48	26	34	40	43	32	33	448	429	19	4,4	
PROGRAMADOS	3	5	8	9	8	8	8	6	10	5	3	5	8	9	10	7	10	2	5	8	5	3	6	4	84	71	13	18,3	
INTERNOS	5	3	7	5	3	3	2	2	3	2	1	4	3	6	8	3	3	3	3	3	2	1	1	2	29	39	-10	-25,6	
Nº DE ESTANCIAS	349	315	223	296	326	308	308	309	339	382	292	248	434	288	273	305	404	333	275	397	320	400	237	323	3780	3802	-122	-3,1	
ALTAS VOLUNTARIAS	1	1					1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	5	1			4	4			
TRASLADOS	3	1	4		2		3	1	3	3	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	5	1			27	6	21	350,0	
EXITUS	9	7	7	6	10	10	10	7	12	5	4	6	10	6	7	11	15	10	6	8	5	10	12	7	107	93	14	15,1	
CURACION/MEJORIA	33	29	20	37	38	35	41	25	40	36	28	37	40	40	40	41	41	31	28	30	28	41	36	29	413	411	2	0,5	
Nº DE ALTAS EXTERNAS	46	37	31	43	50	45	55	33	56	41	34	45	52	46	48	54	57	43	36	39	38	52	48	36	551	514	37	7,2	

INDICADORES

ESTANCIA MEDIA	8,3	7,9	5,7	6,0	6,2	6,8	6,0	8,8	6,2	9,3	7,7	5,5	7,1	5,2	6,3	6,4	6,4	6,3	8,9	9,5	6,8	8,5	6,2	8,3	6,7	7,2	-0,5	-6,9	
% OCUPACION	75,1	59,8	49,8	62,2	65,7	58,1	68,4	60,6	78,1	72,5	69,5	48,6	100,0	54,6	73,4	57,9	96,2	65,3	59,1	75,3	71,1	78,4	51,0	61,3	71,1	62,9	8,2	13,0	
IND. ROTACION	2,8	2,4	2,4	2,9	3,3	2,6	3,4	2,1	3,9	2,4	2,7	2,6	4,4	3,2	3,6	2,8	4,5	3,1	2,1	2,5	3,1	2,8	2,5	2,3	3,2	2,6	0,6	21,3	
INTERVALO SUSTITUCION	2,8	5,3	5,8	3,7	3,2	4,9	2,8	5,7	1,7	3,5	3,4	5,8		4,3	2,3	4,6	0,3	3,3	6,1	3,1	2,8	2,3	6,0	5,2	2,7	4,3	-1,5	-35,8	
% DE DESOCUPACION	24,9	40,2	50,2	37,8	34,3	41,9	31,6	39,4	21,9	27,5	30,5	51,4		45,4	26,6	42,1	3,8	34,7	40,9	24,7	28,9	21,6	49,0	38,7	28,9	37,1	-8,2	-22,0	
% DE ALTAS POR EXITUS	19,6	18,9	22,6	14,0	20,0	22,2	18,2	21,2	21,4	12,2	11,8	13,3	19,2	13,0	14,6	20,4	26,3	23,3	16,7	20,5	13,2	19,2	25,0	19,4	19,4	18,1	1,3	7,3	

URGENCIAS

PREISION DE URGENCIAS	81,0	80,0	61,5	71,4	79,2	75,6	80,4	77,1	76,4	82,9	89,5	80,0	82,0	72,7	76,7	68,8	79,4	90,6	83,9	81,0	85,1	91,5	84,2	84,6	79,9	79,6	0,3	0,3		
INDICE INGR. PROGIURG.	0,1	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	13,3	

Tabla 7.- Indicadores de Actividad. Consultas Externas. Hospital Universitario de San Juan. Años 2012 y 2013.

CONSULTAS	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		TOTAL		AÑO				
	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012		2013	2012	2013	diff
Nº DE PRIMERAS V. HOSP.	123	115	67	117	78	85	74	53	75	94	89	75	94	93	64	68	69	54	84	112	94	83	64	77	975	1027	-52	-5			
Nº DE SUCESIVAS V. HOSP.	963	755	881	833	839	774	884	700	950	872	867	808	956	927	759	763	921	854	1091	1024	945	888	865	701	10921	9899	1022	10			
Nº INTERCONSULTAS H.	12	8	12	5	19	6	8	6	9	8	8	8	14	13	12	6	9	10	8	6	5	5	8	124	91	33	36				
CONSULTAS																															
RELACION SUC/PRIMERAS	7,8	6,6	13,1	7,1	10,8	9,1	11,9	13,2	12,7	9,3	9,7	10,8	10,2	10,0	11,9	11,1	13,3	15,8	13,0	9,1	10,4	10,7	13,5	9,1	11,2	9,6	1,6	16,2			
HOSPITAL DE DIA																															
puestos hospital de día medico quirurgicos	9	9	9	9	9	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	9	10	9	118	108	10	9,26			
horas de funcionamiento mensual	1988	2092	1900	1900	1834	1925	1955	1763	2232	2120	1962	2045	2439	2120	2111	2056	2187	1935	2318	2092	2076	1935	1920	1570	24922	23553	1369	5,81			
visitas programadas	963	755	881	833	839	774	884	701	950	872	867	808	956	927	759	763	921	854	1091	1024	945	888	865	701	10921	9264	1657	17,89			
visitas a demanda																															
valoracion y asesoramiento																															
valoracion inicial	30	23	26	17	28	14	32	5	27	25	20	18	24	22	25	27	35	20	31	30	21	28	23	17	322	246	76	30,89			
valoracion previa al procedimiento	491	423	422	405	425	419	476	393	476	430	406	402	459	489	420	478	407	450	478	503	421	472	406	410	5287	5274	13	0,25			
asesoramiento y controles de adaptacion	55	63	55	54	18	36	53	29	38	47	42	42	51	38	30	40	65	52	46	56	27	40	34	34	514	531	-17	-3,2			
terapeuticos																															
quimioterapia menor 2 h	141	142	146	147	172	132	179	117	173	145	128	128	164	147	175	139	180	139	195	144	160	144	156	108	1969	1632	337	20,65			
quimio. entre 2 y 5h	236	196	201	191	166	168	188	183	201	198	191	168	197	207	180	226	175	205	229	216	225	212	226	181	2415	2351	64	2,72			
quimio. mayor de 5 h	113	91	71	79	68	83	76	89	89	95	61	66	77	102	66	89	66	77	56	74	48	87	49	83	840	1015	-175	-17,24			
perfusion de farmacos menor de 12 h	133	97	109	99	118	95	106	111	146	99	113	69	113	86	72	100	102	101	111	127	112	124	113	95	1348	1203	145	12,05			
perfusion de farmacos entre 12 y 2h	8		7	1	2	1	4		5	8	8	15	14	16	8	14	4	25	8	15	5	1	2	3	75	99	-24	-24,24			
perfusion de farmacos mayor de 2 h												1			2								1		3	1	2	200			
procedimientos terapeuticos fisicos																															
miscelaneos	145	119	97	126	96	124	110	75	134	131	139	115	175	115	135	103	166	150	152	116	128	122	118	81	1595	1377	218	15,83			

Tabla 8.- Indicadores de Actividad de Oncología Médica. Hospital Marina Baixa. Años 2012 y 2013.

	ACTIVIDAD DE CONSULTAS												ACUMULADOS			COMP. MENSUAL	
	ENE	FEBR	MAR	ABRIL	MAY	JUN	JULIO	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM. 2013	ACUM. 2012	DIFER.	DICIEMBRE 2012	DIF. 13-12
C.PRIMERAS	39	38	34	43	48	52	46	44	35	37	47	39	502	517	-15	31	8
C.SUCESIVAS	289	282	259	265	274	321	275	268	296	340	344	276	3489	2644	845	227	49
REL.C.SUC/PRIM	7,41	7,42	7,62	6,16	5,71	6,17	5,98	6,09	8,46	9,19	7,32	7,08	6,95	5,11	1,84	7,32	0
TEC.DIAG Y TERAP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL DE DIA	382	380	388	467	473	405	365	425	395	508	447	351	4986	2607	2379	269	82
HOSPITAL																	

Tabla 9.- Indicadores de Actividad de Hospitalización. Hospital Universitario de San Juan. Años 2013 y 2014.

HOSPITALIZACIÓN	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		TOTAL		TOTAL 2014 2013	diff.abs	%	AÑO 2013
	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013				
Nº DE CAMAS	17	15	17	16	17	16	14	17	14	14	14	14	14	14	11	12	17	17	14	17	15	17	15	17	15	16	15	2	10,9	15
ESTANCIAS POSIBLES	527	465	476	448	527	496	510	450	496	434	510	420	434	434	341	372	510	420	420	527	465	510	450	527	465	5895	5319	576	10,8	5319
TOTAL INGRESOS	49	42	43	39	62	53	52	51	51	51	59	38	52	61	43	43	55	63	45	31	55	47	62	38	636	561	75	13,4	561	
INGRESOS EXTERNOS	46	37	40	32	60	50	47	49	52	55	37	50	58	51	43	43	53	60	40	31	52	45	60	38	603	532	71	13,3	532	
URGENTES	39	34	34	24	52	42	43	41	46	42	43	34	43	50	48	33	49	50	36	26	37	40	56	32	526	448	78	17,4	448	
PROGRAMADOS	7	3	6	8	8	8	4	8	3	10	12	3	7	8	3	10	4	10	4	5	15	5	4	6	77	84	-7	-8,3	84	
INTERNOS	3	5	3	7	2	3	5	2	2	3	4	1	2	3			2	3	5		3	2	2	33	29	4	13,8	29		
Nº DE ESTANCIAS	247	349	263	223	363	326	297	308	369	307	292	354	354	434	271	273	320	404	273	273	322	320	370	237	3756	3780	-24	-0,6	3780	
ALTAS VOLUNTARIAS	1				1			1	1			1											1		3	4	-1	-25,0	4	
TRASLADOS	3	1	4	3	2	3	2	3	2	3	1	2	4	2	5	1	1	1	2	2	1	5	2	24	27	-3	-11,1	27		
EXITUS	8	9	9	7	11	10	6	10	11	12	7	4	10	10	8	7	7	15	10	6	8	5	9	12	104	107	-3	-2,8	107	
CURACION/MEJORIA	33	33	32	20	39	38	44	41	34	40	42	28	40	40	41	40	35	41	36	28	44	28	46	36	466	413	53	12,8	413	
Nº DE ALTAS EXTERNAS	41	46	42	31	54	50	52	55	47	56	50	34	55	52	54	48	43	57	48	36	53	38	58	48	597	551	46	8,3	551	

INDICADORES	ENE		FEB		MAR		ABR		MAY		JUN		JUL		AGO		SEP		OCT		NOV		DIC		TOTAL		TOTAL 2014 2013	diff.abs	%
	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013			
ESTANCIA MEDIA	5,0	8,3	6,1	5,7	5,9	6,2	5,7	6,0	7,2	6,2	5,2	7,7	6,8	7,1	5,3	6,3	5,8	6,4	6,1	6,1	8,9	6,8	6,0	6,2	5,9	6,7	-0,8	-12,4	6,7
% OCUPACION	46,9	75,1	55,3	49,8	68,9	65,7	58,2	68,4	74,4	78,1	60,2	69,5	81,6	100,0	79,5	73,4	62,7	95,2	51,8	59,1	63,1	71,1	70,2	51,0	63,7	71,1	-7,4	-10,3	71,1
IND. ROTACION	2,9	2,8	2,5	2,4	3,6	3,3	3,1	3,4	3,2	3,9	3,5	2,7	3,7	4,4	4,6	3,6	3,2	4,5	2,6	2,1	3,2	3,1	3,6	2,5	3,3	3,2	0,1	2,3	3,2
INTERVALO SUSTITUCION	5,7	2,8	5,0	5,8	2,6	3,2	4,1	2,8	2,5	1,7	3,4	3,4	1,5		1,4	2,3	3,5	0,3	5,6	6,1	3,4	2,8	2,5	6,0	3,4	2,7	0,6	22,6	2,7
% DE DESOCUPACION	53,1	24,9	44,7	50,2	31,1	34,3	41,8	31,6	25,6	21,9	39,8	30,5	18,4		20,5	26,6	37,3	3,8	48,2	40,9	36,9	28,9	29,8	49,0	36,3	28,9	7,4	25,4	28,9
% DE ALTAS POR EXITUS	19,5	19,6	21,4	22,6	20,4	20,0	11,5	18,2	23,4	21,4	14,0	11,8	18,2	19,2	14,8	14,6	16,3	26,3	20,8	16,7	15,1	13,2	15,5	25,0	17,4	19,4	-2,0	-10,3	19,4

Tabla 10.-Indicadores de Actividad. Consultas Externas. Hospital Universitario de San Juan. Años 2013 y 2014.

CONSULTAS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	TOTAL	ANO														
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013														
Nº DE PRIMERAS V. HOSP.	74	123	66	67	83	75	68	89	67	94	54	64	59	69	68	84	73	94	64	798	975	-177	-18						
Nº DE SUCEASIVAS V. HOSP.	1040	963	960	881	972	839	1029	884	1037	950	1017	867	1072	956	755	759	1029	921	1117	1091	1034	945	865	12013	10921	1092	10		
Nº INTERCONSULTAS H.	8	12	4	12	10	19	10	19	10	8	15	9	13	13	14	21	12	8	9	7	8	5	5	8	119	124	-5	-4	
CONSULTAS																													
RELACION SUC/PRIMERAS	14,1	7,8	14,5	13,1	14,7	10,8	14,5	11,9	12,5	12,7	15,0	9,7	16,0	10,2	14,0	11,9	17,4	13,3	16,4	13,0	14,2	10,1	19,4	13,9	15,1	11,2	3,9	34,4	
HOSPITAL DE DIA	10	9	10	9	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	60	118	-58	-49,15	
puestos hospital de dia medico quirurgicos																													
horas de funcionamiento mensual	2111	1988	2076	1900	2076	1834	2162	1955	2076	2232	1962	2438	2111	2187	2111	2111	2187	2187	2318	2318	2076	2076	951	865	10501	24922	###	-57,86	
visitas programadas	1040	963	960	881	972	839	1029	884	1040	950	1017	867	1072	956	755	759	1029	921	1117	1091	1034	945	865	12015	10921	1094	10,02		
visitas a demanda																													
valoracion y asesoramiento	23	30	17	26	11	28	23	32	21	27	25	20	13	24	28	25	17	35	25	31	26	21	32	23	261	322	-61	-18,94	
valoracion inicial																													
valoracion previa al procedimiento	464	491	441	422	431	425	512	476	480	476	494	406	511	458	365	420	498	407	318	478	99	421	69	406	4682	5287	-605	-11,44	
asesoramiento y controles de adaptacion	33	55	29	55	11	18	24	53	22	38	42	42	69	51	56	30	18	65	43	46	36	27	44	34	427	514	-87	-16,93	
terapeuticos	179	141	148	146	177	172	217	179	183	173	196	128	201	164	187	175	213	180	243	195	202	160	192	156	2338	1969	369	18,74	
quimioterapia menor 2 h	253	236	222	201	200	166	232	188	227	201	193	191	205	197	173	180	192	175	202	229	188	225	210	226	2497	2415	82	3,4	
quimio. entre 2 y 5h	59	113	44	71	54	68	52	76	50	89	68	61	81	77	61	66	70	66	62	56	51	48	62	49	714	840	-126	-15	
quimio. mayor de 5 h																													
perfusion de farmacos menor de 1/2 h	97	133	65	109	38	118	32	106	57	146	77	113	118	113	65	72	82	102	81	111	55	112	66	113	833	1348	-515	-38,2	
perfusion de farmacos entre 1/2 y 2h	16	8	3	7	1	2	7	4	4	5	8	8	5	14	5	8	5	4	4	8	10	5	13	2	77	75	2	2,67	
perfusion de farmacos mayor de 2 h																													
procedimientos terapeuticos fisicos	170	145	137	97	113	96	132	110	179	134	154	139	184	175	151	135	161	166	170	152	156	128	173	118	1880	1595	285	17,87	
miscelaneos																													

Tabla 11.- Indicadores de Actividad de Oncología Médica. Hospital Marina Baixa. Años 2013 y 2014.

	ACTIVIDAD DE CONSULTAS												ACUMULADOS			COMP. MENSUAL	
	ENE	FEBR	MAR	ABRIL	MAY	JUN	JULIO	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM. 2014	ACUM. 2013	DIFER.	DICIEMBRE 2013	DIF. 14-13
C.PRIMERAS	57	55	39	45	50	52	43	36	42	54	51	51	575	502	73	39	12
C.SUCESIVAS	368	339	323	332	397	425	340	306	377	442	348	347	4344	3489	855	276	71
REL.C.SUC/PRIM	6,46	6,16	8,28	7,38	7,94	8,17	7,91	8,50	8,98	8,19	6,82	6,80	7,55	6,95	0,60	7	0
TEC.DIAG Y TERAP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL DE DIA	502	502	539	571	538	594	563	177	637	770	606	699	6698	4986	1712	351	348
HOSPITAL																	

En la tabla 8 se presentan los indicadores de actividad de consultas externas en el Hospital Marina Baixa en los años 2012 y 2013. Se observa una reducción de primeras visitas y un notable incremento de visitas sucesivas, con una relación sucesivas/ primeras que pasa de 5.11 en 2012 a 6.95 en 2013.

En la tabla 9 se presentan los indicadores de actividad de hospitalización en el Hospital Universitario de San Juan en los años 2013 y 2014. Se observa un incremento de un 10.9% en el número de camas pasando de 15 a 16, un incremento del 13,4% del total de ingreso, y una reducción de 0.6% de las estancias. Con una reducción de 12,4% de la estancia media, pasando de 6.7 en 2013 a 5.9 en 2014.

En la tabla 10 se presentan los indicadores de actividad de consultas externas en el Hospital Universitario de San Juan en los años 2013 y 2014. Se observa una reducción de primeras visitas y un notable incremento de visitas sucesivas, con un incremento de 34% de la relación sucesivas/ primeras que pasa de 11,2 en 2013 a 15,1 en 2014. Se produjo una disminución de un 15.0% de las quimioterapias de mas de 5 horas pero un aumento de 18.74% de las quimioterapias de menos de 2 horas.

En la tabla 11 se presentan los indicadores de actividad de consultas externas en el Hospital Marina Baixa en los años 2013 y 2014. Se observa un ligero incremento de primeras visitas y un notable incremento de visitas sucesivas, con una relación sucesivas/ primeras que pasa de 6.95 en 2013 a 7.55 en 2014.

En la tabla 12 se presentan los indicadores de actividad de hospitalización en el Hospital Universitario de San Juan en los años 2014 y 2015. Se observa un incremento de un 6.2% en el número de camas pasando de 16 a 17, un incremento del 5% del total de ingresos, y un incremento de un 34.6% de las estancias. Con un incremento de 28,1% de la estancia media, pasando de 5.9 en 2014 a 7.6 en 2015.

Tabla 14.- Indicadores de Actividad de Oncología Médica. Hospital Marina Baixa. Años 2014 y 2015.

ACTIVIDAD DE CONSULTAS													ACUMULADOS			COMP. MENSUAL	
	ENE	FEBR	MAR	ABRIL	MAY	JUN	JULIO	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM. 2015	ACUM. 2014	DIFER.	dic-14	DIF. 15-14
C.PRIMERAS	37	48	39	41	48	34	38	45	40	42	39	52	503	575	-72	51	1
C.SUCESIVAS	402	360	394	407	449	475	326	322	380	503	461	363	4842	4344	498	347	16
REL.C.SUC.PRIM	10,86	7,50	10,10	9,93	9,35	13,97	8,58	7,16	9,50	11,98	11,82	6,98	9,63	7,55	2,07	7	0
TEC.DIAG Y TERAP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL DE DIA	783	753	809	712	684	839	734	630	704	747	732	642	8769	6698	2071	699	-57

HOSPITAL

Tabla 17. - Indicadores de Actividad de Oncología Médica. Hospital Marina Baixa. Años 2015 y 2016.

ACTIVIDAD DE CONSULTAS													ACUMULADOS			COMP. MENSUAL	
ENE	FEBR	MAR	ABRIL	MAY	JUN	JULIO	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM. 2016	ACUM. 2015	DIFER.	dic-15	DIF. 16-15	
	40	83	98	53	93	89	37	79	65	98	56	851	503	348	52	4	
C.PRIMERAS	398	412	388	465	495	89	340	398	448	501	389	4692	4842	-150	363	26	
C.SUCESIVAS	9,95	4,96	3,96	8,77	5,32	1,00	9,19	5,04	7,47	5,11	6,95	5,51	9,63	-4,11	7	0	
REL.C.SUC.PRIMI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TEC.DIAG Y TERAP	713	836	919	886	862	801	738	865	865	821	724	9856	8769	1087	642	82	
HOSPITAL DE DIA																	

HOSPITAL

En la tabla 13 se presentan los indicadores de actividad de consultas externas en el Hospital Universitario de San Juan en los años 2014 y 2015. Se observa una reducción de primeras visitas y un incremento de visitas sucesivas, con un incremento de 12.5% de la relación sucesivas/ primeras que pasa de 15.1 en 2014 a 16,9 en 2015. Se produjo una disminución de un 4.48% de las quimioterapias de más de 5 horas y una disminución de 9.15% de las quimioterapias de menos de 2 horas.

En la tabla 14 se presentan los indicadores de actividad de consultas externas en el Hospital Marina Baixa en los años 2014 y 2015. Se observa una reducción de primeras visitas y un notable incremento de visitas sucesivas, con una relación sucesivas/ primeras que pasa de 7.55 en 2014 a 9.63 en 2015.

En la tabla 15 se presentan los indicadores de actividad de hospitalización en el Hospital Universitario de San Juan en los años 2015 y 2016. Se observa la no variación en el número de camas que permanece en 17, un incremento del 4.6% del total de ingresos, y un incremento de un 1.1% de las estancias. Con una reducción de 3.4% de la estancia media, pasando de 7.6 en 2015 a 7.3 en 2016.

En la tabla 16 se presentan los indicadores de actividad de consultas externas en el Hospital Universitario de San Juan en los años 2015 y 2016. Se observa una reducción de primeras visitas y un incremento de visitas sucesivas, con un incremento de 22% de la relación sucesivas/ primeras que pasa de 16.9 en 2015 a 20.7 en 2016. Se produjo una disminución de un 5.26% de las quimioterapias de mas de 5 horas y un incremento de 7.63% de las quimioterapias de menos de 2 horas.

En la tabla 17 se presentan los indicadores de actividad de consultas externas en el Hospital Marina Baixa en los años 2015 y 2016. Se observa un incremento de primeras visitas y una reducción de visitas sucesivas, con una relación sucesivas/ primeras que pasa de 9.63 en 2015 a 5.51 en 2016.

En la tabla 18 y las figuras 21,22 y 23 se presenta la evolución de actividad asistencial en el Hospital Marina Baixa en el periodo 2012-2016. Se observa un incremento de un 64.6% de las primeras consultas, un 77.45% de las consultas sucesivas y un gran incremento de 278.05% de la actividad del Hospital de día.

Tabla 18.- Incremento Progresivo de la Actividad Asistencial de Oncología en el Hospital Marina Baixa.

Años	Consultas Primeras Visitas	Consultas Sucesivas	Actividad Hospital de Día
2012	517	2.644	2.607
2013	502	3.489	4.986
2014	575	4.344	6.698
2015	503	4.842	8.769
2016	851	4.692	9.856
Δ (%)	64.6	77.45	278.05

Figura 23.- Hospital Marina Baixa. Evolución de las Consultas por Primeras Visitas. Evolución 2012-2016.

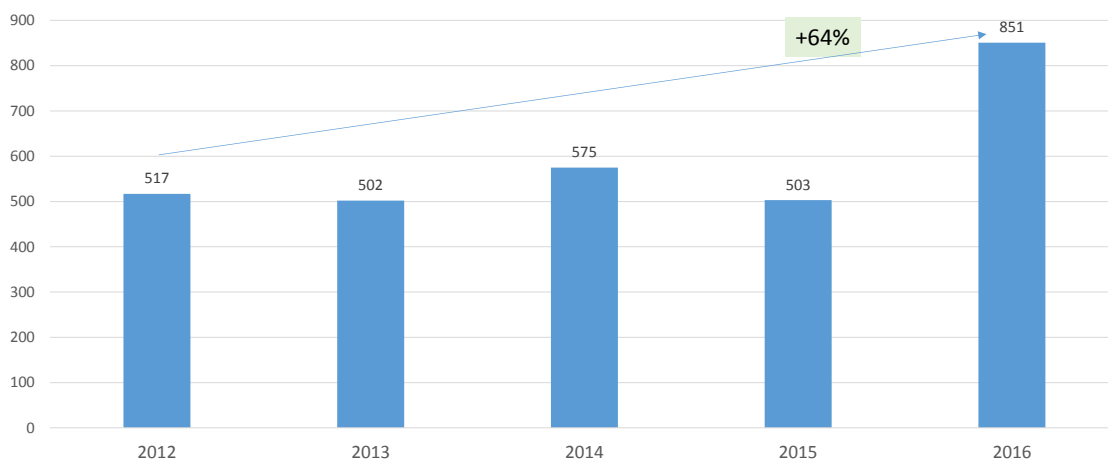


Figura 24.- Hospital Marina Baixa. Consultas Sucesivas. Evolución 2012-2016.

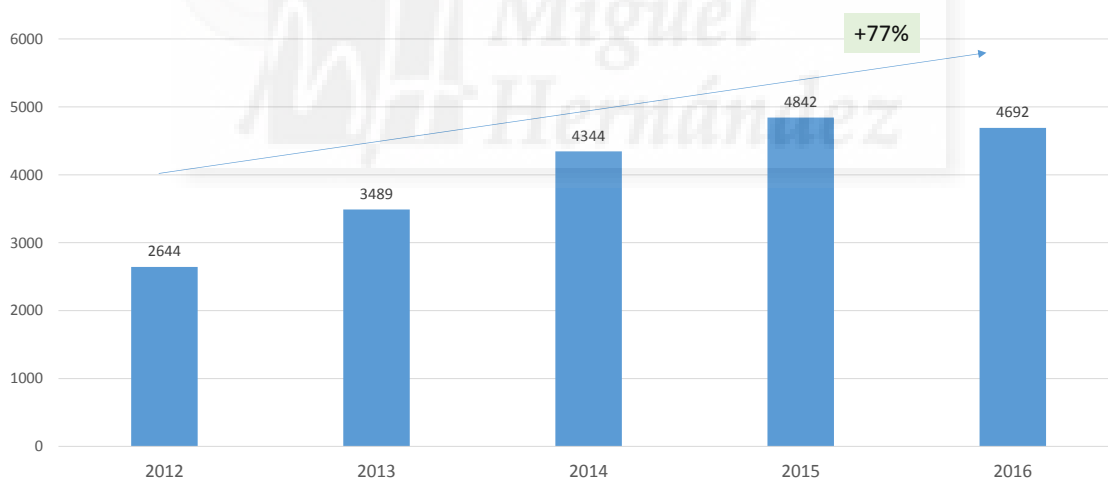


Figura 25.- Hospital Marina Baixa. Actividad Hospital de Día. Evolución 2012-2016.

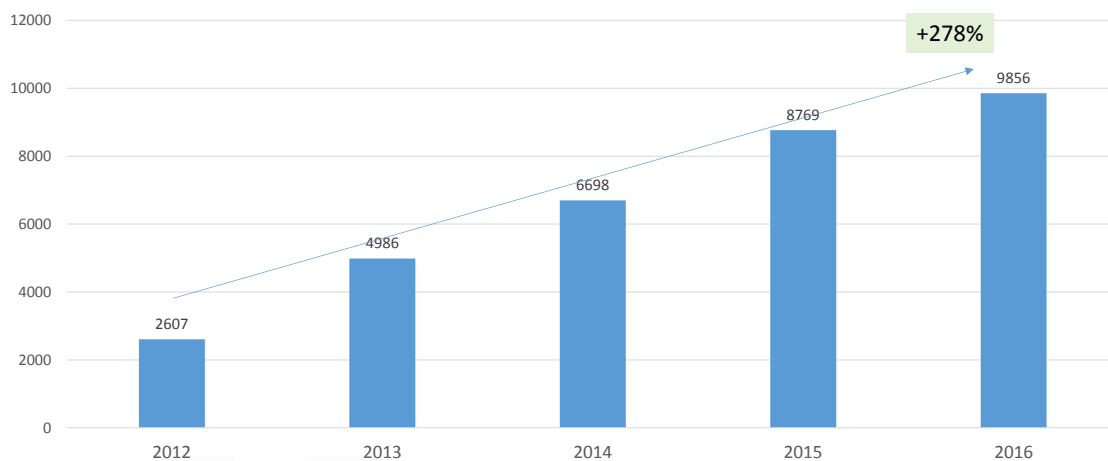


Tabla 19.- Consumo de Citostáticos abonado a la Clínica Benidorm en el periodo 2011-2016.

Años	Consumo Citostáticos euros
2011	8.958.131
2012	5.746.929
2013	3.353.823
2014	2.906.905
2015	2.351.020
2016	1.896.124
$\Delta(\%)$	-78.83

Tabla 20.- Consumo de Citostáticos. Servicio de Farmacia del Hospital Marina Baixa. Periodo 2011-2016.

Años	Hospital de Día	Pacientes Externos	Total
2011	645.349	127.499,98	772.498,98
2012	1.245.555	337.384	1.582.939
2013	1.332.676	1.059.543,98	2.392.219,98
2014	1.631.060	1.038.649,23	2.669.709,23
2015	2.369.702	1.228.141	3.597.843
2016	2.293.841	1.024.605,39	3.318.446,39
Δ(%)	255.43	703.61	329.57

En la tabla 19 se presenta la evolución del importe en euros del consumo de citostáticos en la Clínica Benidorm en el periodo 2011-2016. Se observa una importante reducción en el gasto producido en este concepto con una reducción de un 78.83% del gasto pasando de casi 9 millones de euros a menos de 2 millones. En la tabla 20 se presenta la evolución del importe en euros del consumo de citostáticos en el Hospital Marina Baixa en el mismo periodo. Se observa un incremento de 255.43% de consumo en Hospital de Día, de un 703.61 en pacientes externos y de un 329.57% en el consumo total.

Tabla 21.- Consumo total en Citostáticos en el Departamento Marina Baixa. Periodo: 2011-2016.

Años	Consumo Clínica Benidorm	Consumo Hospital Marina Baixa	Total Euros
2011	8.958.131	772.498,98	9.730.629,98
2012	5.746.929	1.582.939	7.329.868
2013	3.353.823	2.392.219,98	5.746.042,98
2014	2.906.905	2.669.709,23	5.576.614,23
2015	2.351.020	3.597.843	5.948.863
2016	1.896.124	3.318.446,39	5.214.570,39
$\Delta(\%)$	-78.83	329.57	-46.41

Figura 26.- Consumo en la Clínica Benidorm. Evolución 2011-2016.

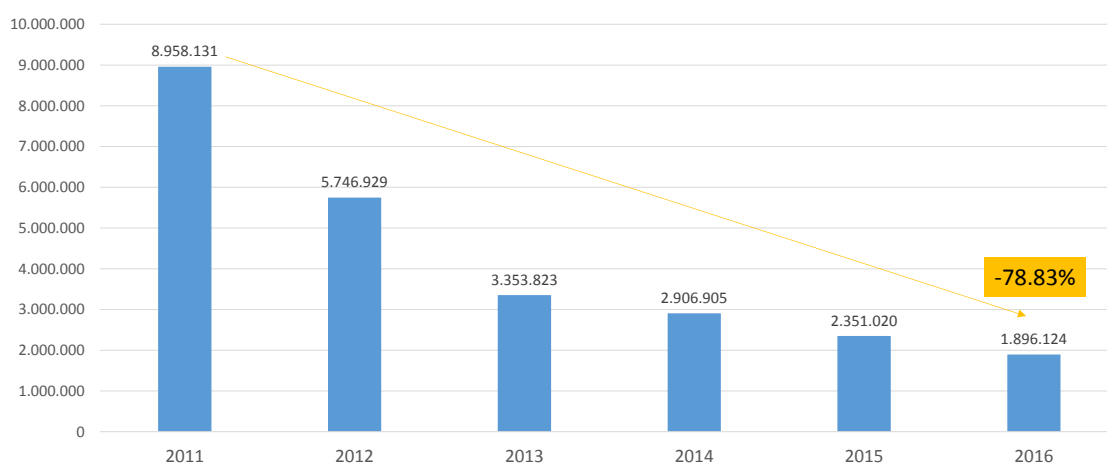


Figura 27.- Consumo en el Hospital Marina Baixa. Evolución 2011-2016.

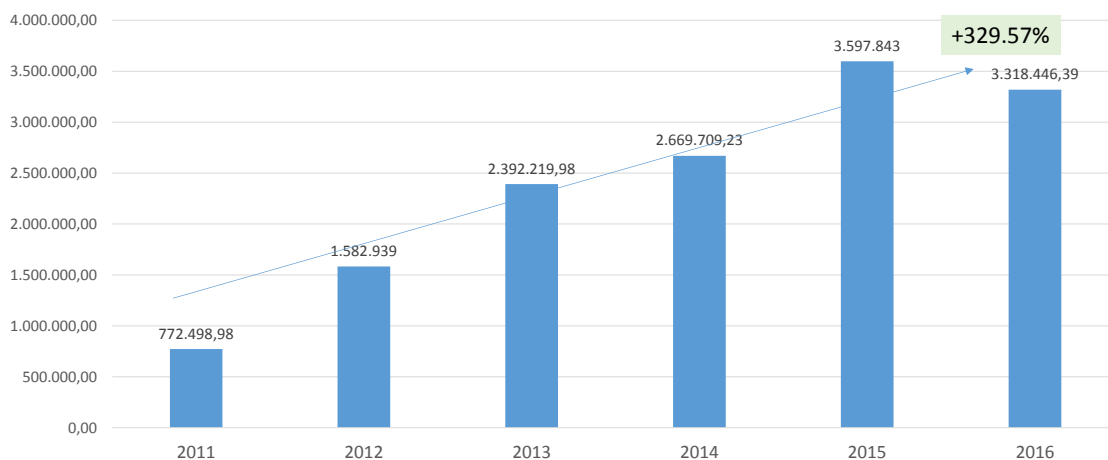
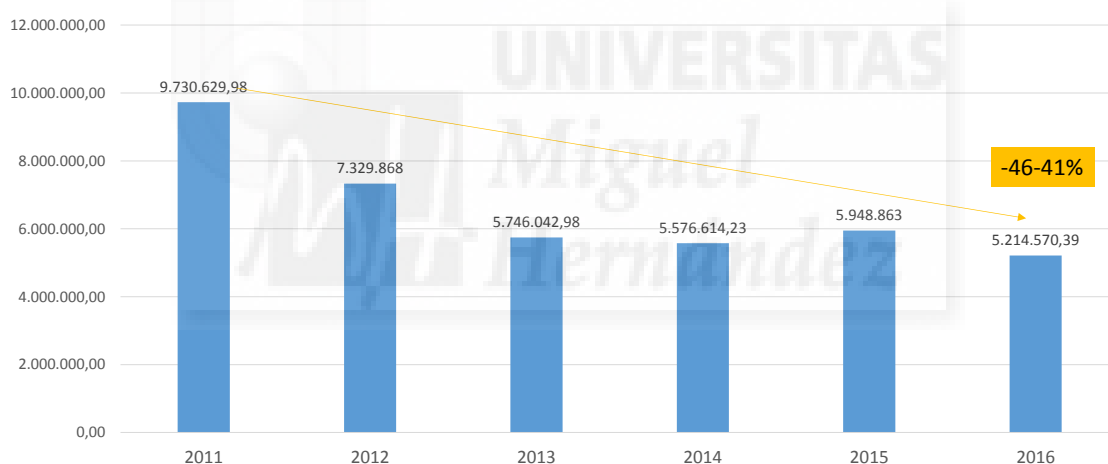


Figura 28.- Consumo Total. Evolución en el periodo 2011-2016.



En la tabla 21 se presenta la evolución del importe en euros del consumo de citostáticos en el Departamento Marina Baixa comparando el producido en el Hospital, el producido en la Clínica Benidorm y la evolución del gasto total. Se observa una disminución de 78.83% del gasto producido en la Clínica Benidorm y un incremento de 329.57% en el Hospital Público Marina Baixa, redundando en el periodo analizado de 2011-2016 en una reducción del gasto total del 46.41%. Estos mismos resultados se describen gráficamente en las figuras 24,25 y 26.



DISCUSION

DISCUSIÓN

Al tratarse de un análisis de un proyecto de gestión la tesis puede variar respecto a los estudios clásicos de evaluación de eficacia, efectividad o eficiencia de las intervenciones sanitarias.

El cáncer es, en España, una de las principales causas de muerte (en 2008 se atribuyeron a este grupo de enfermedad un total de 104.054 muertes, que supone el 27% sobre el total), la primera causa (40% sobre el total) de años potenciales de vida perdidos (APVP, en adelante), así como uno de los principales motivos de frecuentación hospitalaria, causando el 9% de los ingresos y el 12% de las estancias en los hospitales españoles, con estancias medias prolongadas (9 días de promedio).

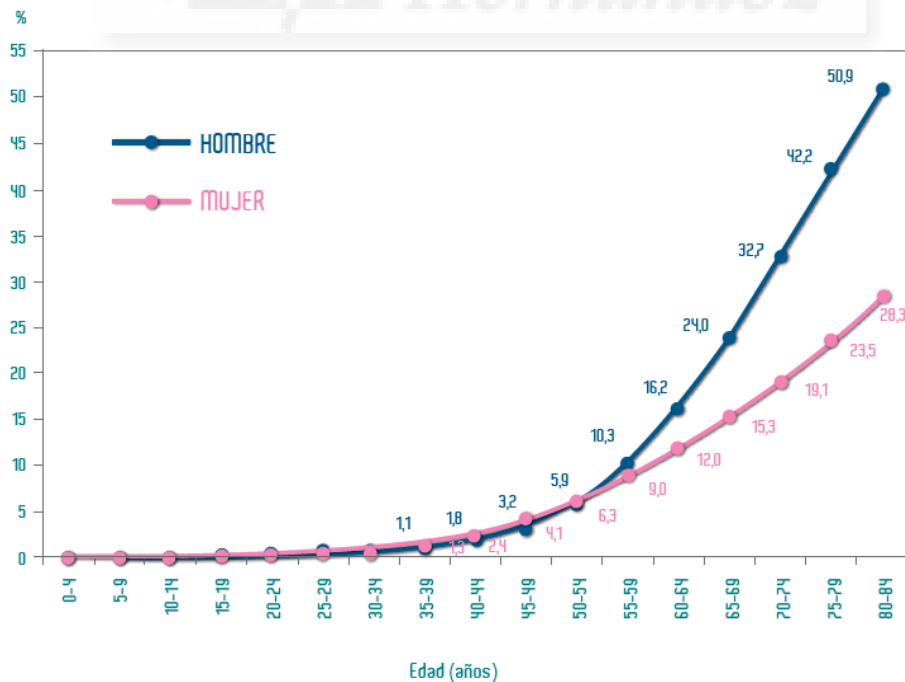
El impacto de la asistencia hospitalaria del paciente con cáncer en los hospitales del SNS es ligeramente superior, representando el 9,5% de las altas y el 12,9% de las estancias, con una estancia media de 9,9 días.

El incremento de la incidencia, la prevalencia y las tasas de supervivencia de los pacientes con cáncer, junto con el envejecimiento de la población, hacen que la demanda asistencial en los Servicios de Oncología Médica aumente continuamente. La probabilidad de desarrollar un cáncer en España aumenta claramente con la edad (figura 27) y las perspectivas de crecimiento de la población anciana en España son de verse duplicadas en los próximos años de forma que se pasara del 16% actual al 30% en el año 2050, donde una de cada 3 españoles será mayor de 65 años, situando al país en uno de los de mayor longevidad del mundo.

Así mismo, el incremento de la complejidad de los tratamientos, los constantes avances en el conocimiento sobre los mecanismos moleculares y la continua aparición de innovaciones, son los principales retos a los que la Oncología Médica viene haciendo frente en los últimos años.

No cabe duda que los centros hospitalarios han reportado indudables beneficios para el desarrollo de las funciones asistenciales, pero a su vez es claro que carecen de suficiente flexibilidad, que no consiguen una adecuada implicación de los profesionales y que el gasto se ha incrementado. Esta necesidad de adaptación y de cambio parece obvia en un modelo de organización que no puede sustraerse a los generados en otros campos de la gestión de organizaciones.

Figura 29.- Probabilidad de desarrollar un cáncer en España durante el periodo 2003-2007.



Ya en el año 1998 la subcomisión del Congreso de Diputados recomendó al Insalud llevar a cabo un plan estratégico que contemplara la necesidad de modernizar la organización y gestión sanitaria mediante la implantación de nuevas formas que tuvieran mayor eficiencia y mayor calidad. Se subrayó además que este plan debería pivotar sobre dos ejes: la atención al paciente (proceso asistencial) y la participación de los profesionales.

En 2003, Díaz Rubio, publica unas recomendaciones para la implementación de nuevos modelos de gestión en oncología (1) estableciendo que el organigrama de la Unidad de Gestión en Oncología Médica en esencia comprende varios niveles: nivel ejecutivo, nivel de participación o consejo asesor, niveles asistenciales, alianzas y proveedores. Y recomienda que la organización se base en el desarrollo de Unidades Específicas.

Posteriormente, en 2013, el Ministerio de Sanidad Asuntos Sociales e Igualdad elabora una guía de calidad para las unidades asistenciales del área del cáncer describiendo estándares y recomendaciones de calidad y seguridad (2).

Castellon A et al (3), remarca la importancia de la colaboración interdisciplinaria y especialmente con geriatría dadas las perspectivas futuras de crecimiento de la incidencia de cáncer en personas con edades avanzadas, incluyendo el término de Oncogeriatría. Resalta la necesidad de una estrecha colaboración entre especialistas de distintos hospitales y centros de Andalucía Oriental, concretamente de las provincias de Almería, Granada y Jaén, especialmente en el ámbito de la oncología y la

geriatría pero a los que también se suman especialistas de otras áreas como cirugía, medicina interna, psicología y hematología.

En cuanto a los resultados alcanzados pueden comentarse los siguientes aspectos:

1.- Se han mantenido los buenos niveles de los Indicadores de Actividad del Servicio en el Hospital Universitario San Juan de Alicante y se han logrado unos óptimos Indicadores de Actividad en el Hospital Marina Baixa de Villajoyosa.

2.- El Servicio de Oncología Médica agrupa actualmente los **Recursos Humanos** de ambos Hospitales y en su Cartera de Servicios figura tanto la asistencia a los pacientes en tratamiento médico oncológico como también, a los que se les hace un seguimiento ambulatorio.

En la actualidad, los ocho oncólogos (cuatro de la plantilla del HUSJ y cuatro de la plantilla del HMB) del servicio tienen labor asistencial en ambos hospitales. Ello supone las siguientes ventajas;

2.1- Al poder disponer de mayor número de profesionales, es posible la especialización por patologías, lo que promueve la excelencia y sin duda genera una mejor calidad en la atención del paciente oncológico.

2.2- Mayor flexibilidad en el uso de los recursos humanos, al disponer de una plantilla que se mueve entre ambos Departamentos. Y mayores alternativas ante imprevistos: bajas, accidentes...

2.3- Las herramientas, aplicaciones y programas son comunes y se instalan en ambos hospitales para garantizar el acceso a la información independientemente de la ubicación del oncólogo.

2.4- Los profesionales se integran en un modelo de servicio de mayor dimensión, con mayor estímulo profesional y tienen acceso a programas de investigación, docencia y formación médica continuada de manera más eficaz. Este factor contribuye sin duda alguna a estabilizar las plantillas que, de otra forma, en los hospitales comarcales son muy difíciles de consolidar.

3.- En el Hospital Marina Baixa se atienden pacientes oncológicos desde hace 5 años por los oncólogos médicos del servicio y, del mismo modo que en el Hospital U. San Juan de Alicante, se han ido desarrollando comités de tumores donde se integran todos los especialistas involucrados en el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

En el Hospital Marina Baixa, hemos promovido y estimulado el funcionamiento de los Comités de Mama, Cirugía y Aparato Digestivo, Dermatología, Ginecología, Neumología y Urología.

4.- Aumento de la Cartera de Servicios en el Hospital Comarcal Marina Baixa. El Servicio de OM ofrece en la actualidad tratamiento integral desde la enfermedad inicial, la enfermedad avanzada, el tratamiento paliativo y el tratamiento en los últimos días de la vida en todas las patologías oncológicas conocidas, incluidos los sarcomas óseos y

de partes blandas y los linfomas, con excepción de las neoplasias infantiles.

5.- El servicio actualiza los tratamientos y aporta ofertas de programas terapéuticos dentro del campo de la investigación clínica. El desarrollo de ensayos clínicos en nuestro medio constituye la mejor oferta asistencial posible en muchos casos.

6.-En el campo **asistencial**, el servicio de OM atiende a una población cada vez más envejecida con una proyección mayor de esta cualidad en el próximo quinquenio, que refleja la relación directa del cáncer con la esperanza de vida de la población general.

7.- Se ha optimizado el **consumo de citostáticos** en el Hospital Marina Baixa con una disminución progresiva del coste desde 2011 en que se abonó a la Clínica Benidorm (Centro privado donde se trataban los pacientes de cáncer del Departamento Marina Baixa) **8.958.131 euros** a pagar sólo **1.896.124 euros** durante 2016. Durante ese periodo de tiempo es obvio que ha aumentado el consumo de citostáticos en el Hospital Marina Baixa debido al crecimiento de su Cartera de servicios en Oncología Médica pero en mucha menor medida que cuando los pacientes se trataban en el centro privado e igualándose a los Hospitales públicos del entorno.

8.- La fusión funcional del servicio ha permitido a un hospital comarcal como el Hospital Marina Baixa disponer de un gran servicio de OM, con la oferta consecuente de programas de investigación y tratamientos complejos y novedosos que, de otra manera, no sería posible ofrecer a la población.

9.- Por otro lado, el servicio aumenta su área de referencia y se convierte en una unidad con mayor potencial de acceso a programas de investigación puntera que pone a disposición de los dos departamentos. El desarrollo de muchos de estos programas genera ahorros importantes en la farmacia hospitalaria de ambos departamentos.

10.- Se promueve la equidad al uniformar la oferta terapéutica para las dos áreas.

Estas mejoras se alinean con las propuestas de futuro que la SEOM publicó en 2015 mediante el Plan de Futuro de la Oncología (4, 5) en el que destacaba como conclusiones:

1) Cambios en la demanda.

El envejecimiento de la población, el aumento de la tasa de supervivencia y largos supervivientes y en conjunto el aumento del número de pacientes candidatos a recibir terapia oncológica son los cambios, a nivel de demanda, que mayor impacto están teniendo en la práctica asistencial.

Se espera que estos aspectos aumenten aún más en los próximos años.

- 2) Necesidades prioritarias para dar respuesta a cambios en el perfil del paciente.

Garantizar el acceso universal a nuevas terapias, mejorar la coordinación con Atención Primaria para el seguimiento de los pacientes y definir protocolos terapéuticos de manera consensuada, son las principales necesidades identificadas en este ámbito.

- 3) Cambios en el perfil de los profesionales.

La creación de equipos multidisciplinares, la mayor coordinación entre profesionales y la superespecialización son los aspectos, en relación a los profesionales, que más están contribuyendo a mejorar la asistencia.

- 4) Tendencias en relación a los profesionales con mayor impacto negativo.

El reconocimiento de méritos, el acceso a una carrera profesional y la adecuación de plantillas a la demanda como principales aspectos a mejorar.

- 5) Necesidades del nuevo perfil del oncólogo médico.

La adquisición de nuevas competencias sobre biomarcadores y medicina personalizada y trabajo multidisciplinar se consideran aspectos clave a potenciar.

6) Políticas sanitarias.

La inequidad geográfica y la lentitud en la incorporación de innovaciones son los aspectos percibidos como más negativos derivados de políticas sanitarias.

7) Medida del impacto de las actuaciones y estrategias terapéuticas.

La definición de indicadores que permitan el desarrollo de estudios de evaluación de impacto de diferentes medidas y estrategias terapéuticas, es clave para garantizar la equidad y el acceso a la innovación.

8) Evaluación sistemática de la calidad.

La definición de indicadores útiles que permitan de manera sistemática y consensuada evaluar y difundir la calidad de la asistencia oncológica es clave para mejorar la calidad.

9) Protocolización de la asistencia.

Se requieren mayores esfuerzos en la implantación de guías de práctica clínica y la protocolización de la asistencia.

10) Áreas de investigación prioritarias y necesidades.

Se identifican como áreas de investigación prioritarias: la identificación de biomarcadores y estrategias de medicina personalizada o de precisión, en detección precoz y fases tempranas de la enfermedad e inmunoterapia. La creación y desarrollo de registros de pacientes se considera la principal necesidad para desarrollar las áreas prioritarias de investigación así como mejorar las posibilidades de explotación de datos de los diferentes sistemas de Historia Clínica electrónica.

Se realizan recomendaciones en 5 grandes ámbitos:

1. Adecuar las plantillas de Oncología Médica a las nuevas necesidades
2. Desarrollar planes específicos de atención a nuevos perfiles y a sus necesidades específicas
3. Garantizar la equidad y el acceso a asistencia de calidad
4. Garantizar la realización del diagnóstico lo más precozmente posible
5. Avanzar hacia una asistencia más precisa e integral del cáncer

Desde el punto de vista sanitario, la innovación debe girar en torno a la calidad, los costes, la seguridad de los pacientes, la eficiencia y los resultados de salud.

Los oncólogos médicos hemos trabajado durante años fundamentalmente orientados al paciente, y siempre orientados a las labores propias de la Medicina clínica. No obstante, en los últimos años hemos entendido que infraestructura, personal y farmacia también son aspectos en que debemos participar y que, por tanto, debemos colaborar en las unidades de gestión. Con ello hemos contribuido también a crear un entorno mejor en el campo de la gestión de la Oncología Médica.

El Oncólogo Médico del siglo XXI debe ser un especialista que se ocupe no sólo de la asistencia, sino además de la prevención primaria, secundaria y terciaria, de la docencia, de la investigación, de la organización, de la gestión y de la comunicación. Debe en definitiva asumir el liderazgo que le corresponde y adaptarse a las necesidades actuales de los hospitales procurando una asistencia orientada al paciente.

Los servicios de Oncología deben desarrollar unidades específicas, por patologías oncológicas, dando lugar a la aparición de expertos que trabajen conjuntamente con otros especialistas.

Una medicina orientada al paciente es una medicina basada en la multidisciplinariedad cuya base organizativa debe ser a través de los Comités Multidisciplinares de Tumores.

Las alianzas de la Oncología Médica deben además proyectarse fuera del hospital y establecer los lazos necesarios con otros niveles de la asistencia.

Hemos iniciado un camino en la mejora de la asistencia sanitaria de nuestros pacientes en una línea integradora y participativa. Y creemos firmemente que en la atención de los enfermos de cáncer es preciso traspasar barreras hospitalarias, orientar recursos en atención de los usuarios, eliminando duplicidades, lo que favorece la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público.





CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La implementación de un plan estratégico con la creación de un servicio interdepartamental de Oncología Médica en dos Departamentos de Salud ha permitido mejorar la eficiencia prestada frente a la prestación diferenciada en cada uno de ellos. En el periodo 2012-2016 el análisis de la evolución interdepartamental permite comprobar que:

a) Se han optimizado los indicadores de actividad en el Departamento Marina Baixa incrementando un 64% las consultas por primeras visitas, un 77% las consultas sucesivas y un 278% la actividad del Hospital de Día.

b) Se ha optimizado el consumo de citostáticos en el Departamento Marina Baixa con una disminución del 46% del coste total respecto al previo en 2011. Esta disminución desagregada ha supuesto un incremento del gasto de 329% en el centro público (Hospital Barina Baixa) y una reducción de 78% en el centro concertado. El ahorro total producido ha sido de más de 4,5 millones de euros.

Además, la creación del Servicio Interdepartamental ha permitido mejorar en otros aspectos como:

- Mejorar la calidad de la atención: Permite la especialización por patologías, lo que promueve la excelencia, aumenta la Cartera de Servicios

en el Hospital Comarcal y mejora la equidad al uniformar la oferta terapéutica para las dos áreas.

- Mejorar las condiciones laborales: una mayor flexibilidad en el uso de los recursos humanos, al disponer de una plantilla mayor, y con mayor capacidad de estabilización y facilita la docencia, la investigación y la participación en ensayos clínicos.





BIBLIOGRAFIA

11. BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947>. Ultimo acceso: 25-05-07.
2. Disponible en acceso libre en internet en el sitio: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/2017_cancerscreening_2ndreportimplementation_en.pdf. Ultimo acceso 18-05-2017.
3. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de salud. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ActualizacionEstrategiaCancer.pdf>. Ultimo acceso: 02 /04/ 2017.
4. Dubey AK, Gupta U, Jain S. Epidemiology of lung cáncer and approaches for its prediction: a systematic review and analysis. Chin J Cáncer. 2016 Jul 30;35(1):71. doi: 10.1186/s40880-016-0135-x.
5. El cáncer en Cataluña - Monografía 2016. Disponible en: <http://cancer.gencat.cat/es/professionals/estadistiques/>. Última consulta: mayo 2017.
6. Cáncer. Portal de salud de la Consejería de Salud de Madrid. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142678880808&language=es&pageid=1142678880808&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1142655667459. Última consulta: mayo 2017.
7. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras de cáncer en España 2017. Disponible en: <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom>. Última consulta: mayo 2017.
8. Tercer Programa de Acción de la UE en el ámbito de la salud para el período 2014-2020. Disponible en acceso libre en internet en el sitio: http://ec.europa.eu/health/programme/policy_es. Ultimo acceso 18-05-2017

9. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según causa de muerte. Año 2014 [consultado 30-3-2017]. Disponible en: <http://www.ine.es>.
10. Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro, Vela-Vallespín C, Nuín-Villanueva M, Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Villarubí-Estrella M. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2016. Aten Primaria. 2016;48(Supl 1):39-59. Disponible en: <http://www.elsevier.es>.
11. Galcerán J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Alemán A, et al. Estimaciones de la supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa. Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) Informe 2014.
12. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según causa de muerte. Año 2013 [consultado 30-3-2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
13. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cáncer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5 - a population-based study. Lancet Oncol. 2014;15:23-34.
14. Clèries R, Buxó M, Martínez JM, Espinàs JA, Dyba T, Borràs JM. Contribution of changes in demography and in the risk factors to the predicted pattern of cancer mortality among Spanish women by 2022. Cáncer Epidemiol. 2016 Feb;40:113-8. doi: 10.1016/j.canep.2015.12.002. Epub 2015 Dec 18
15. Informe de evaluación de tecnologías sanitarias (AATRM 2006/02). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
16. Palmer, HR. (1983). Ambulatory health care evaluation: principles and practice. American Hospital Publishing.
17. Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marin J, Buil JA. Concepto y modelos de calidad. hacia una definición de calidad asistencial. Papeles del Psicólogo. Vol 74.

18. Flexner, A. (1910). Medical education in United States and Canada: Report to Carnegie foundation for Advancement of teaching. New York, DP Updike, The Merrymount Press. En: Varo J. (1994). Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Capítulo 10: El control de calidad de la asistencia sanitaria. Madrid: Díaz de Santos.
19. Jcaho. (1995). Manual de acreditación para hospitales 1996. Barcelona: SG Editores, FAD
20. Palmer, HR. (1983). Ambulatory health care evaluation: principles and practice. American Hospital Publishing.
21. Sheps, MC. (1970). Approaches to the quality of hospital care. Hospital administration, 15, 21-42.
22. Real Decreto 3110/1977, de 28 de octubre, por el que se modifica el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social, aprobado por el Decreto 3160/1976, de 23 de diciembre, regulando los turnos de guardia y de localización en los Servicios jerarquizados de las Instituciones Sanitarias. Disponible online en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-29585>. Último acceso 04-05-2017.
23. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista. Disponible online en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-2426>. Último acceso 04-05-2017.
24. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Disponible online en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>. Último acceso 04-05-2017.
25. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Disponible online en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-3554>. Último acceso 04-05-2017.

26. Orden por la que se aprueba el Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Disponible online en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1972-1075>. Ultimo acceso 04-05-2017.
27. Real Decreto 866/2001, de 20 de julio, por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2001-15347>. Ultimo acceso 04-05-2017.
28. Díaz-Rubio E. “Nuevos Modelos de Gestión en Oncología: Institutos y Unidades de Gestión”. IX Congreso SEOM. Eds Doyma SA 2003. Disponible en: www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/.../ix_tenerife045.pdf. Ultimo acceso 04-05-2017.
29. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidades asistenciales del área del cáncer. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Informes, Estudios e Investigación 2013. Autores: Inés Palanca Sánchez. SDG Calidad y Cohesión. DG de Salud Pública, e Innovación. MSSSI. Dirección técnica e institucional. Josep María Borrás Andrés. Coordinador científico. Coordinador de la Estrategia del Cáncer en el SNS. Director del Plan Director de Oncología de Cataluña. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es> y https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Cancer_EyR.pdf. Ultimo acceso 04-05-2017.
30. Castellón A, Canosa L, Castellón VE. Oncogeriatría 2015. Disponible en: <http://www.semer.es/wp-content/uploads/2010/09/presentacionlibro.pdf>. Ultimo acceso 04-05-2017.
31. Sociedad Española de Oncología Médica. Plan de Futuro de la Oncología 2015. <http://www.seom.org/ultimas-noticias/105218-primer-plan-de-futuro-de-la-oncologia-medica>.

32. Ribera F. Plan de Futuro de la Oncología Médica. Revista SEOM (99) Julio-Agosto 2015.

