

NORMAS PARA LA APLICACION DE LA ORDEN MINISTERIAL DE
25 DE ABRIL DE 1.984 (B. O. E. DE 28 DE ABRIL) SOBRE JERAR-
QUIZACION DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS ABIERTAS
DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Esta Orden permite la progresiva vinculación de la asis-
tencia especializada ambulatoria a los servicios jerarquizados -
hospitalarios, responsabilizándose éstos de la cobertura especia-
lizada del nivel de atención primario.

Se pretende así una ordenación funcional de la asisten-
cia especializada bajo criterios de interdependencia y coordina-
ción, para garantizar una asistencia sanitaria integral e integra-
da, racionalizando e incrementando la eficacia del sistema, con
economía de costos, mejor aprovechamiento de los recursos actua-
les y eficacia social.

1. CRITERIOS DE PLANIFICACION.

El proceso de jerarquización debe realizarse utilizando -
criterios de planificación que se adapten a la diversa realidad de
la organización sanitaria en nuestro país, para que se vaya con-
formando la atención especializada de acuerdo con el modelo final
propuesto.

Estos criterios, de acuerdo con la Dirección General de
Planificación, del Ministerio de Sanidad y Consumo son:

1.1. - Sectorización hospitalaria.

La O.M. prevee la vinculación de los especialistas de -
cupo que se jerarquicen a los servicios de los hospitales gestio-
nados o administrados por la Seguridad Social. Este hecho tiene -
dos implicaciones:

1.1.1. La necesidad de delimitar un área o sector para los hospitales gestionados o administrados por la Seguridad Social. En gran medida la delimitación de este área de influencia va a estar condicionada por los recursos disponibles en los hospitales gestionados o administrados por la Seguridad Social en cada Provincia, utilizando el criterio de 2,5 a 3 camas por mil habitantes, dependiendo de la cantidad de población a atender y por tanto de la presencia o no de servicios regionales o de referencia.

Una vez establecido un sector de influencia para cada hospital gestionado o administrado por la Seguridad Social, se procederá a la jerarquización de las Instituciones Sanitarias abiertas que tengan actuación en el sector asignado a cada hospital, vinculando los especialistas que se jerarquicen al servicio hospitalario correspondiente.

1.1.2. Tomar en cuenta durante el proceso de sectorización aquellos hospitales que está previsto construir, así como los hospitales no gestionados o administrados por la Seguridad Social que estén concertados, puesto que no se podrán vincular los especialistas que se jerarquicen a los servicios de estos hospitales.

Un teórico proceso de sectorización se muestra en el ejemplo nº 1.

1.2. Estimación del número de plazas necesarias de médicos especialistas.

Una vez realizado el proceso de sectorización es necesario hacer una estimación de las necesidades de médicos especialistas en cada sector. Para ello se deben seguir los siguientes criterios:

- 1.2.1. Contabilizar el número de especialistas global, tanto los que prestan servicio en los hospitales como en los ambulatorios, para cada sector y especialidad. Para el cálculo del número de especialistas existentes "a tiempo completo" dividir por 3 el número de especialistas de ambulatorio.
- 1.2.2. Estimar el número de especialistas necesarios para cada sector y especialidad. En el ANEXO 1 se suministran a título orientativo criterios para estimar el número de especialistas "a tiempo completo", basados en la población, en los dos "niveles" de atención especializada de área y servicios de referencia. No obstante estos criterios deben adaptarse a las peculiaridades de cada sector o provincia. En todo caso, el número de especialistas contabilizados como "a tiempo completo" no debe superar la cifra de 70/100.000 habitantes.
- 1.2.3. Una vez estimado el número de especialistas necesarios para cada sector y especialidad, se debe procurar llegar a la cifra estimada como necesaria utilizando el instrumento de la jerarquización y, por tanto, amortizando cupos.
- 1.2.4. En el caso de no haber llegado a cubrir las necesidades estimadas mediante el proceso de jerarquización, convocar las plazas necesarias "jerarquizadas".

Un teórico proceso de jerarquización se muestra en el ejemplo número 2.

2. - ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y JURIDICOS.

a) Este proceso, la evaluación de necesidades y la mejor utilización y distribución de los recursos existentes, ha de realizarse desde las Direcciones Provinciales, que utilizando de forma flexible criterios de planificación anteriores, serán quienes especificarán la situación actual de número de especialistas intra y extrahospitalarios, en las distintas especialidades y realizarán las propuestas concretas, comunicándolas a esta Subdirección General, según la Circular adjunta, que regula y complementa a la Orden Ministerial para la convocatoria de plazas.

b) En el contrato de toma de posesión, quedará constancia de la adscripción al área sanitaria correspondiente (sectorización), según modelo adjunto.

c) La dependencia administrativa será de las Direcciones de Hospitales de referencia y jerárquica y funcionalmente de los Jefes de Servicio de la Especialidad correspondiente.

d) Las condiciones laborales se desarrollarán tal como se especifica en la O.M. en cuanto a jornada, salarios, antigüedad, guardias y funciones asistenciales.

e) Funcionalmente se mantendrán lo más cerca posible de las Unidades de Atención Primaria.

f) La adscripción al sistema jerarquizado se realiza en base a criterios de amortización de cupos y voluntariedad. Específicamente en las Especialidades Quirúrgicas, se tendrá en cuenta:

1) Cuando el Jefe de Equipo no desee jerarquizarse, se mantendrá el cupo correspondiente, en situación "a extinguir". El Médico Ayudante del mismo podrá optar a la incorporación al sistema mediante Concurso Libre.

2) Aquellos cupos que quedasen sin Médico Ayudante de Equipo, se cubrirá la plaza mediante contratos de interinidad.

3) En caso de adscripción del Jefe de Equipo, se amortizará el cupo, pudiendo hacerlo o no voluntariamente el Médico Ayudante correspondiente, que, de cualquier forma, dependerá funcionalmente del Servicio jerarquizado.

Para la adscripción voluntaria, se respetarán los criterios de orden de antigüedad y mayor edad, según la Legislación vigente de rango superior.

g) En todos los casos se aplicará la incompatibilidad horaria y de cargos en organismos públicos.

3. - ASPECTOS FUNCIONALES.

- Los Directores Provinciales garantizarán la priorización del apoyo a la Atención Primaria, evitando la existencia de vacío asistencial.

- Los programas de cobertura en la Atención Primaria serán supervisados por los Directores Provinciales.

- Para garantizar a los enfermos una atención sanitaria integral, continuada y permanente, se garantiza la coordinación y de apoyo a los equipos de Atención Primaria, estableciéndose:

- (1) Sistema de petición de consulta de forma programada, garantizándose listas de espera no superiores a 15-20 días. La asistencia urgente se garantizará de forma inmediata.
- (2) Sistema de información adecuada: Informe con orientación diagnóstica desde el Equipo de Atención Primaria o de los Médicos Generales y Pediatras de los servicios no jerarquizados.
- (3) Contestación del Especialista especificando: diagnóstico, tratamiento, alta y vigilancia continuada o derivación a otros servicios.
- (4) En caso de visitas sucesivas, la referencia seguirá siendo desde el Médico General.
- (5) A cada enfermo se le abrirá una ficha administrativo-sanitaria, o historia clínica, donde conste: motivo de consulta, diagnóstico, exámenes complementarios, evolución y tratamiento, que quedará archivado en la consulta (ver modelo adjunto).
- (6) Coordinación, apoyo y participación de forma programada con el Equipo de Atención Primaria para optimizar su funcionamiento y elevar el nivel asistencial (formación continuada, programación, diagnóstico de salud del área, etc...)
- (7) Para ello se recomienda el establecimiento de INTERCONSULTAS, entre los Especialistas y el Equipo de Salud de Atención Primaria.

Entendemos éstas, como el encuentro entre el paciente con varios profesionales; con el objeto de analizar su problema de salud y programar las actuaciones sobre el mismo.

Se realizarán de forma programada en el Centro de Salud.

Será una actividad integrada, en la que se busca:

1. A nivel asistencial:

- Apoyo del nivel especializado al nivel primario.
- Acercamiento del mayor número de cuidados de salud al lugar de residencia de la población.

2. A nivel docente:

- Discusión en equipo de un problema que el Equipo de Atención Primaria no pueda resolver por sí mismo.

3. Evaluar la calidad de atención que se realiza en el nivel primario.

(8) Evaluación de actividad y rendimiento.

Con el fin de elaborar datos estadísticos y valorar la eficacia y necesidades asistenciales según demanda, se recogerán los siguientes datos:

- 1- Número de horas/semana dedicadas a la Atención Primaria, con distribución de las mismas.
- 2- Registro diario de: nº de enfermos atendidos, primeras visitas o sucesivas, movimiento de enfermos (número de altas, citaciones sucesivas y enfermos derivados)

Igualmente se realizará un registro de actividad realizada por los Servicios complementarios de la asistencia (Laboratorio, Radiología, etc...)

Estos datos serán enviados mensualmente al Director del Hospital de referencia y semestralmente al Director Provincial.

Para ello contarán con el apoyo administrativo necesario.

En resumen, funcional y administrativamente los objetivos que se persiguen son mejorar la calidad asistencial, mediante un horario más prolongado y un trabajo en equipo, basado en la coordinación funcional con el hospital y priorizando los programas de apoyo a la atención primaria, mejorando las condiciones de trabajo y la satisfacción profesional.

Se considerarán iguales condiciones para los Especialistas Titulados Superiores, no médicos, que realizan funciones semejantes en las Instituciones Abiertas de la Seguridad Social, pendiente de la reglamentación correspondiente.

4. - ASPECTOS ECONOMICOS, RENTABILIDAD DEL SISTEMA, AMORTIZACION DE PLAZAS.

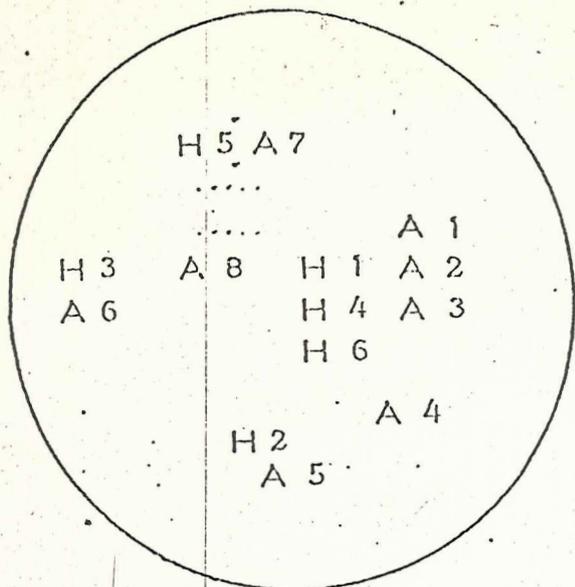
El desarrollo de la presente Orden permite, además de la racionalización de la asistencia especializada, una racionalización de costos.

1. Teniendo en cuenta el costo/hora de un Médico Adjunto de Hospital y un Especialista de Ambulatorio, al prolongarse la jornada, el ahorro es evidente.

2. La transformación de plazas de Especialistas Hospitalarios en plazas jerarquizadas de las Instituciones Abiertas, permite una mejor utilización de los recursos hospitalarios y la amortización de plazas.
3. Dado el excedente de Especialistas en relación con los criterios de necesidades poblacionales, geográficos y de número de camas hospitalarias, nos aproximaremos a los indicadores de otros países europeos.
4. Desde el punto de vista presupuestario, la conversión de plazas de forma programada y planificada, cuenta con recursos económicos suficientes.
5. Al mismo tiempo, la mejor utilización de los recursos hospitalarios puede suponer un ahorro, disminuyendo la utilización de recursos propios en instituciones ajenas.
 - No obstante, será necesario evaluar las necesidades de personal sanitario no médico y administrativo, así como la dotación de medios técnicos adecuados para la asistencia en las distintas unidades.

Ejemplo n.º 1

Situación teórica de una provincia:



- H 1; 900 camas (Seguridad Social)
- H 2; 300 camas (" ")
- H 3; 250 camas (concertado)
- H 4; 1.200 camas (público, concertado)
- H 5; 650 camas (Seguridad Social)
- H 6; 300 camas (Seguridad Social, pro
visto)
- A 1 a A8; ambulatorios de la S. S.

población total: 1.200.000 habitantes

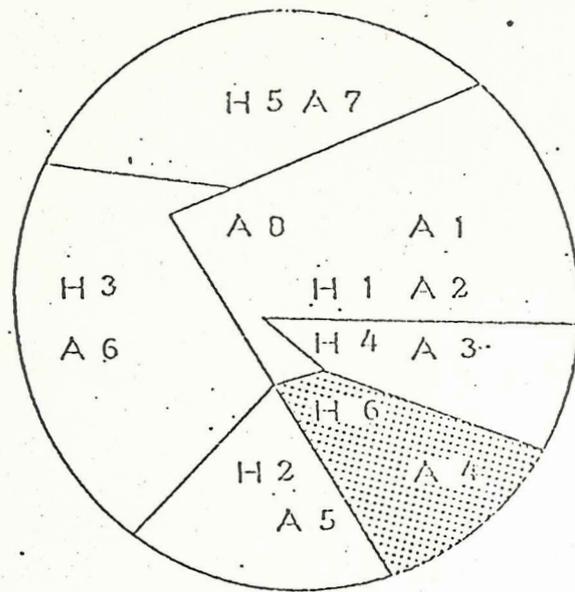
De acuerdo a esta situación teórica se podrá establecer un sector de influencia para cada hospital gestionado o administrado por la Seguridad Social, de acuerdo con el número de camas que tiene cada uno de ellos:

<u>Hospital</u>	<u>Nº aproximado de habitantes en su sector *</u>
1	300.000
2	120.000
5	240.000
6	120.000 (cuando entre en funcionamiento)

En relación a estas consideraciones y dependiendo de los factores de distribución de la población, geográficos o de otra índole, condicionen la accesibilidad, la sectorización de los hospitales

(*) Obsérvese que la asignación de un determinado sector de población varía (3 camas por 1.000 habitantes en el H1, 26 en el H2 y 2,5 en el H3), dependiendo del nº de camas de cada hospital, considerando que cuanto mayor es el número de camas, con más servicios regionales o de referencia contará el hospital. En este sentido los servicios de referencia están organizados de acuerdo a las necesidades no solo del sector asistencial

en el ejemplo propuesto podría ser:



De acuerdo a este ejemplo teórico se puede proceder a la jerarquización de las Instituciones Abiertas, vinculando a los especialistas que se jerarquicen al servicio hospitalario - que corresponda:

<u>Ambulatorios</u>	<u>Hospital</u>
A 1, A 2, A 3	H 1
A 5	H 2
A 7	H 5
A 4	H 6. (proceder a la jerarquiza- ción cuando el hospital en- tre en funcionamiento).

Ejemplo núm. 2

Tomemos el sector que corresponde al hospital nº 1 del Ejemplo nº 1, para una especialidad concreta: cirugía general:

Nº cirujanos generales en el hospital 1: 6

Nº de equipos quirúrgicos en el ambulatorio del sector: 6 6 jefes de equipo
6 ayudantes

Nº de plazas vacantes en el hospital: 1

Nº de plazas vacantes en el ambulatorio del sector: 4 4 jefes de equipo
4 ayudantes

1. En esta situación teórica el nº de especialistas en cirugía general sería de 6 (hospital) + 6 (jefes de equipo de ambulatorio) =

3

= 8 especialistas de cirugía general "a tiempo completo".

2. Supóngase que la necesidad estimada de cirujanos generales para el sector sea de 4,1. \$ 100.000, de acuerdo a los criterios suministrados en el ANEXO I, es decir de 12 especialistas en cirugía general "a tiempo completo".

3. Como el número estimado como necesidad de especialistas en cirugía general es de 12 y existen 6 en el hospital se puede ofrecer a los 6 jefes de equipo que trabajan en el ambulatorio la posibilidad de jerarquizarse. Supóngase que lo hagan 2 de ellos y sus dos ayudantes de equipo. La situación en este caso sería:

6 especialistas en Cirugía General en el hospital

4 especialistas en Cirugía General "jerarquizados"

Por lo tanto el nº de especialistas "a tiempo completo" sería de $6 \div 4 \div \frac{4}{3} = 11,3$, amortizando todas las plazas vacantes a nivel de hospital y ambulatorio, excepto una de este último que se convocaría jerarquizada si se considerara imprescindible llegar a la cifra de 12 especialistas de Cirugía General considerada en las necesidades estimadas.

A N E X O

INDICES DE ESPECIALISTAS POR 100.000 habitantes

ESPECIALIDADES	At. 1º	Atención especializada		Indice
		N. 2º	N. 3º	
Medicina General	48			48
Pediatría y Especialidad	9	3.7	1.8	14.5
A. Clínicos	2	2	0.7	4.7
Bacteriología	-	0.6	0.25	0.85
A. Patológica (1)	-	1.7	0.3	2
Hematología	-	1	0.3	1.3
Inmunología	-	-	0.33	0.33
Radiología	1	2.8	1.3	5.1
Radioterapia	-	-	0.67	0.67
Medicina Nuclear	-	0.6	0.33	0.99
Anestesia	-	2.5	1.7	4.2
" Preventiva	-	0.55	0.25	0.8
Neurofisiología	-	0.55	0.25	0.8
Neurología	-	0.8	0.33	1.13
M. Interna	-	2.2	1	3.2
Cardiología	-	0.86	0.5	1.36
Neumología	-	0.86	0.5	1.36
Nefrología	-	0.56	0.42	0.98
Dermatología	-	0.83	0.16	0.99
Reumatología	-	0.56	0.25	0.81
Alergia	-	0.28	0.33	0.61
Digestivo	-	1.1	0.5	1.6
Endocrinología	-	0.55	0.33	0.88
Med. Intensiva	-	1	0.6	1.6
C. General	-	3	1.1	4.1
Traumatología	-	2.2	0.7	2.9
Urología	-	1.4	0.42	1.8
C. Cardiovascular	-	-	0.2	0.2
C. Torácica	-	-	0.33	0.33
C. Vascular	-	-	0.125	0.125
Neurocirugía	-	-	0.42	0.42
C. Plástica	-	-	0.42	0.42
C. Maxilofacial (2)	-	0.55	0.42	0.97
Oftalmología	-	2.2	0.41	2.61
O. R. L.	-	2.2	0.41	2.61
Rehabilitación	-	1.4	0.42	1.82
Tocoginecología (3)	-	7.3	0.42	7.72
C. Pediátrica	-	-	0.42	0.42
TOTAL	60	45.85	19.31	125.16
TOTAL (00)	3	45.85	19.31	68.16

INSALUD

Dirección Provincial de

Centro de Salud / Ambulatorio

.....

.....

1º Apellido:

2º Apellido:

Nombre:

Nº S.S:

Nº Nº Clínica:

Edad:

Sexo:

PETICION DE CONSULTA DE ESPECIALISTA. (x)

Dr./Drª. A

(1) Motivo de consulta:

(2) Historia clínica y exploración:

(3) Exámenes complementarios realizados:

(4) Juicio clínico:

(5) Tratamiento realizado:

(6) Observaciones.

Firma
Nº Colegiado.

Informe del especialista

Juicio clínico:

Tratamiento:

Conducta a seguir

- 1 Alta
- 2 Control sucesivo Próxima cita:
- 3 Traslado hospital

Fecha:

Firma

Nº colegiado:

Dirección Provincial de

Consulta especializada de

Dr. Dra:

1º Apellido:.....

2º Apellido:.....

Nombre:.....

Nº S.S.

Nº Historia clínica:.....

Edad: Sexo:.....

HISTORIA CLINICA

Incluir: ...

- Motivo de consulta. Enfermedad actual.
- Antecedentes desencadenados o relacionados: familiares, laborales, sociales ...
- Exploración física y pruebas complementarias.
- Juicio clínico y/o valoración del problema del paciente.
- Actitud del paciente y/o familiar.
- Conducta terapéutica: Explicación al enfermo y/o familiar, intervención clínica
- Actuación sobre el entorno.

Fecha

Quedará archivado en la consulta, junto con informes de exploraciones complementarias en una carpeta individual por paciente.

Fecha

Delegación Provincial de

Consulta especializada de

Dr./Dr^a.

Código

Nombre y Apellidos	Edad	1 ^a Visita	Visita Sucesiva	Motivo de consulta	Código

Nº de enfermos citados/atendidos = _____

Dirección Provincial de

Mes: Año:

Consulta especializada de

Dr./Dra.

Fecha	Nº Enfermos citod./atend.	1ª Visita	Visita Sucesiva	Nº Unidad. Analíticas (+)	RX	IQ	Otros	Movimiento de enfermos		
								Alta	C. Sucesiva	Ina Hos
TOTAL	/									
Acum. Anter.	/									

FIRMA

Nº COLEGIADO