

**EL DECRETO 74 /2007 sobre
estructura, organización y
funcionamiento de la atención
sanitaria en la Comunitat
Valenciana.**

Nuestra propuesta



INTRODUCCIÓN

ESPAÑA

- La sanidad pública española se rige por la Ley General de Sanidad de 1986.
- El Real Decreto-Ley sobre habilitación de nuevas formas de gestión de 1996 surge con el objetivo de mejorar la eficiencia.

C. VALENCIANA

- Ley 3 / 2003 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana
- Decreto 74/2007 de la Conselleria de Sanitat sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana.



INTRODUCCIÓN

Los nuevos modelos organizativos:

- Entorno flexible y horizontal
- Participación y corresponsabilidad de sus profesionales
- Orientación hacia el usuario.

Ese sentido de corresponsabilidad nos ha impulsado a presentar un documento crítico con el decreto 74/2007



INTRODUCCIÓN

En lo referente a la profesión enfermera, se ha de poner de manifiesto

- la importancia de las funciones propias de enfermería y
- el contenido de los cargos de dirección de enfermería como **responsables y garantes del plan de cuidados enfermeros.**



INTRODUCCIÓN

Dirección de enfermería al más alto nivel jerárquico para:

- Conseguir que el plan de cuidados enfermeros y su gestión se integren en el proceso asistencial conjunto.
- Garantizar con esta gestión que el plan de atención de enfermería tenga la calidad que debemos a nuestros ciudadanos.



OBJETIVOS

- **Analizar críticamente el decreto 74/2007 y su corrección de errores de fecha 2-07-2007**
- **Proponer una redacción alternativa que refleje nuestra aportación profesional actual y futura a la sociedad.**



ANÁLISIS DE LOS

29

PUNTOS CONFLICTIVOS

Texto original

Observaciones

Propuesta



Texto original

- “[...] orientación hacia el **paciente.**”
- “[...] **unidades médicas de corta estancia**[...] etc.”
- “[...] con el objetivo de que al **paciente** se le atienda [...] nivel de **complejidad de su patología.**
- “[...] redundará en beneficio de los **pacientes.**”



1

2

3

4

Observaciones

- Usuario
- Proceso asistencial complejo
- Intervención multidisciplinar.



Propuesta

- “[...] orientación hacia el **usuario.**”
- “[...] **unidades asistenciales de corta estancia**[...] etc.”
- “[...] con el objetivo de que al **usuario** se le atienda [...] nivel de **complejidad de su patología o de su necesidad de cuidados.**
- “[...] redundará en beneficio de los **usuarios.**”



Texto original

2.1.a) “[...]– Detección precoz de las **patologías** de mayor incidencia y prevalencia.

– Diagnóstico y tratamiento de la **patología** somática y psíquica [...]”

3.2 “ [...] acercar la atención al **paciente**[...].”

3.6 “Todas las actividades relativas a prevención, promoción y **educación sanitaria** se realizarán en coordinación con las estructuras de salud pública [...]”



5

6

7

Cap. 1º: SOBRE ASISTENCIA SANITARIA

Observaciones

Educación sanitaria = Educación para la salud



Propuesta

- 2.1.a) [...]– Detección precoz de las **patologías o problemas de salud** de mayor incidencia y prevalencia.
– Diagnóstico y tratamiento de la **patología o problema de salud** somático y psíquico [...]"
- 3.2 “[...] acercar la atención al **usuario** [...]"
- 3.6. “Todas las actividades relativas a prevención, promoción y **educación para la salud** se realizarán en coordinación con las estructuras de salud publica [...]"



Texto original

3.7.1. Las Áreas Clínicas son agrupaciones de recursos asistenciales que provienen de distintos **servicios médicos, y/o quirúrgicos o de soporte que atienden **patologías** afines y garantizan una respuesta integral al paciente.**



Observaciones

- El 3.7 sobre Áreas Clínicas y Unidades de Gestión Clínica es confuso.
- Autonomía de gestión pero no sabemos con qué compromiso diferenciador de resultados o de calidad.
- Recursos y procesos clínicos y asistenciales, han de contar con profesionales enfermeros para su puesta en marcha, organización y dirección multidisciplinar.
- **En nuestra propuesta sólo cambiamos cosas elementales, a la espera del reglamento de creación que se anuncia en 3.7.4.**

Propuesta

3.7.1. Las Áreas Clínicas son agrupaciones de recursos **asistenciales** que provienen de distintos servicios asistenciales o de soporte que atienden patologías o **problemas de salud** afines y garantizan una respuesta integral al paciente.



Texto original

5.1. “Las actividades de atención sanitaria se desarrollan en el centro, en el domicilio del **paciente** y en el ámbito de la comunidad [...]”

5.2. “[...]– El horario ordinario de los centros sanitarios será de **mañana y tarde**, por ello la actividad programada será de **mañana y de tarde**.
– Las urgencias se atenderán durante las **24 horas del día.**”



Propuesta

5.1. “Las actividades de atención sanitaria se desarrollan en el centro, en el domicilio del **usuario** y en el ámbito de la comunidad [...]”

5.2. “[...]– El horario ordinario de los centros sanitarios será **los días laborables de mañana y tarde**, horario en que se realizará la actividad programada.

– Las urgencias se atenderán durante las **24 horas del día, todos los días del año.**”



Texto original

“7.3. Se potenciará dentro de los departamentos la dispersión de determinados **médicos** para que actúen como agentes integradores, consultores o de enlace .

El profesional que actúa de enlace es un facilitador de la labor del **médico de atención Primaria** en lo referente a atención ambulatoria y hospitalaria.”



Observaciones

- Es necesario que los agentes integradores, consultores o de enlace sean tanto médicos como enfermeros.
- La facilitación es bidireccional y, en la medida que ayuda a Atención Primaria y a Atención Especializada, asegura una continuidad de tratamiento y de cuidados al usuario.



Propuesta

“7.3. Se potenciará dentro de los departamentos la dispersión de determinados **profesionales de la salud** para que actúen como agentes integradores, consultores o de enlace.

El enlace es un facilitador de la labor **de los profesionales del departamento** en lo referente al conjunto de la atención ambulatoria y hospitalaria.”



Texto original

“Artículo 8. **Atención e información al paciente**

8.1 El Área de **Atención al Paciente** tiene asignadas las funciones [...] los **servicios de atención e información al paciente (SAIP)**. Su objetivo es atender personalmente al **paciente**, sus familiares [...]

8.2. En cada Departamento existirá un **SAIP** que dependerá de [...]

8.3. Las reclamaciones y sugerencias de los **pacientes** se tramitan a través de esta área de actividad.”



Propuesta

“Artículo 8. Atención e información al usuario

- 8.1 El Área de **Atención al Usuario** tiene asignadas las funciones [...] los **servicios de atención e información al usuario (SAIU)**. Su objetivo es atender personalmente al **paciente**, sus familiares [...]
- 8.2. En cada Departamento existirá un **SAIU** que dependerá de [...]
- 8.3. Las reclamaciones y sugerencias de los **usuarios** se tramitan a través de esta área de actividad.”



Texto original

10.3 “La atención sanitaria debe garantizar la continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del **paciente** y se prestará en régimen ambulatorio o en régimen de hospitalización, en función del grado de complejidad y/o especificidad del problema de salud.”

Observaciones

Aquí se habla del derecho de la persona, que origina la creación del sistema de protección de la salud.

En cuanto a donde y qué profesionales se hacen cargo de esta atención, ya se había dicho en el apartado 5.1.



Propuesta

“10.3 La atención sanitaria debe garantizar la continuidad de la atención a lo largo de toda la vida de la **persona** y se prestará en el centro (en régimen ambulatorio o en régimen de hospitalización), en el domicilio del **usuario** y en el ámbito de la comunidad por las estructuras sanitarias más adecuadas y en función del grado de complejidad y/o especificidad del problema de salud.”



Texto original

11. “[...] que se realiza a los **pacientes** [...]”

12.1. “[...] la detección precoz de las **patologías** “[...]”

12.2. “[...] el resto de **especialistas** del departamento “[...]”

16. “[...]– Unidades **Médicas** de Corta Estancia [...]”



Propuesta

11. “[...] que se realiza a los **usuarios** [...]”
- 12.1. “[...] detección precoz de las **patologías y problemas de salud**”
- 12.2. “[...] el resto de **profesionales de atención especializada**[...]”
16. “[...]– **Unidades asistenciales de Corta Estancia**[...]”



Texto original

“Artíc. 19. Unidades **Médicas** de Corta Estancia

Las Unidades **Médicas** de Corta Estancia tienen como función [...], así como la observación de pacientes médicos y quirúrgicos que **precisan de medios diagnósticos y terapéuticos rápidos para definir su situación mórbida** en un tiempo limitado.”

Artíc. 20. Atención sanitaria a personas mayores y atención a la dependencia.

“**20.1.** [...] aquellos **enfermos**, generalmente crónicos [...]”

Observaciones:

Las personas pueden ser dependientes por motivos diversos que no siempre son enfermedades.

Propuesta

“**Artíc. 19.** Unidades **Asistenciales** de Corta Estancia.

Las Unidades **Asistenciales** de Corta Estancia tienen como función [...], así como la observación de pacientes médicos y quirúrgicos que precisan de medios diagnósticos y terapéuticos o de **cuidados de enfermería** para definir su situación mórbida o de **carencia de cuidados adecuados**, en un tiempo limitado”

Artíc. 20. Atención sanitaria a personas mayores y atención a la dependencia.

“**20.1.** [...] aquellas **personas, generalmente con enfermedades o problemas de salud [...]**”

Texto original

“27.4. [...] podrá existir un **director Asistencial de Departamento**, bajo la dependencia directa del gerente del Departamento, **con la función de coordinar, dirigir y controlar a las restantes estructuras directivas asistenciales del Departamento**, que sustituirá al Gerente en los casos de vacante, ausencia, o enfermedad. **Deberá estar en posesión de la licenciatura en medicina y cirugía.**”



Observaciones

- El Director Gerente tiene un ámbito multidepartamental.
- Podrá existir un Subdirector gerente
- ¿por qué se ha de llamar director asistencial?
- ¿por qué ha de ser médico?.



Propuesta

Creación de **subdirecciones de gerencia** cuando se estime necesario y anular el apartado 27.4 actual.



Texto original

“**27.5. [...] podrá existir** la figura de director Médico de hospital, con las funciones de dirigir, supervisar, coordinar y evaluar el **funcionamiento de los servicios asistenciales** correspondientes al ámbito de atención especializada, **proponiendo al director Asistencial [...]**”

27.6. [...] existirá la figura de director Médico de Atención Primaria del Departamento, con las funciones de dirigir, supervisar, coordinar y evaluar el **funcionamiento de los servicios asistenciales** correspondientes al ámbito de atención primaria, **proponiendo al director Asistencial [...]**”

Observaciones

El director Médico debe existir y depender del director gerente.

Sus funciones las llevará a cabo en cuanto a los servicios médicos.

Hacemos notar que hemos tenido que cambiar la numeración de los apartados al suprimir el apartado 27.4 original.



Propuesta

“**27.4. [...] existirá la figura de director Médico de Atención Especializada del Departamento**, con las funciones de dirigir, supervisar, coordinar y evaluar el funcionamiento de los **servicios médicos** correspondientes al ámbito de atención especializada, proponiendo al **director gerente** [...]”

27.5. [...] existirá la figura de director Médico de Atención Primaria del Departamento, con las funciones de dirigir, supervisar, coordinar y evaluar el funcionamiento de los **servicios médicos** correspondientes al ámbito de atención primaria, proponiendo al **gerente** [...]”



Texto original

“27.7. [...] existirá la figura de **director de Enfermería de Departamento** con las funciones de dirigir, supervisar, coordinar y evaluar las **actividades del personal sanitario no facultativo del ámbito del Departamento**, proponiendo al **director Asistencial** las medidas necesarias para el mejor funcionamiento de dichas **actividades** y desempeñar las funciones que expresamente éste le delegue o encomiende. Deberá estar en posesión de la **diplomatura en enfermería.**”



Observaciones

- Verticalidad orgánica que, sin embargo, no se justifica con capacidad operativa real.
- Clara diferencia en la redacción de las funciones del director de enfermería.
- Se ignoran expresamente las funciones propias de enfermería, sólo habla de actividades.
- En estas actividades inespecíficas trata de igualar las enfermeras a los profesionales sanitarios no universitarios.



Propuesta

“27.6. [...] existirá la figura de **director de Enfermería de Atención Especializada de departamento** con las funciones de dirigir, supervisar, coordinar y evaluar el **funcionamiento de las unidades de enfermería y de los planes de cuidados de enfermería**, proponiendo al **director gerente** las medidas necesarias para mejorar este **funcionamiento** y desempeñar las funciones que expresamente éste le delegue o encomiende. **Deberá estar en posesión del título universitario de enfermería.**” [...]



Texto original

“27.8. Dependiendo orgánicamente de la **Dirección de Enfermería del Departamento** existirá la figura de director de Enfermería de Atención Primaria, con las funciones de dirigir, supervisar, coordinar y evaluar las **actividades del personal sanitario no facultativo** del ámbito de atención primaria. Deberá estar en posesión de la diplomatura en enfermería.

Sin perjuicio de la dependencia orgánica, el director de Enfermería de Atención Primaria tendrá una **dependencia funcional de la respectiva Dirección de Atención Primaria del Departamento.**”

Observaciones

- La dependencia de Atención especializada corresponde a una visión centrada en la curación y rehabilitación.
- El director de Atención primaria del departamento es tanto el director de enfermería como el director médico.
- Esta ambigüedad se produce al dar por hecho que la dirección de enfermería depende (funcionalmente) del director médico.
- La dependencia funcional tiene un significado ambiguo.
- Es inaceptable que el plan de cuidados de enfermería se dirija desde fuera de la profesión.

Propuesta

“27.7. Dependiendo directamente **del gerente o del subdirector gerente**, si lo hubiera, existirá el **director de Enfermería de Atención primaria del Departamento**, con las funciones de dirigir, supervisar, coordinar y evaluar el **funcionamiento de las unidades de enfermería y de los planes de cuidados de enfermería** proponiendo al **director gerente** las medidas necesarias para mejorar este **funcionamiento** y desempeñar las funciones que expresamente éste le delegue o encomiende. **Deberá estar en posesión del título universitario de enfermería.**”



Texto original

“27.9. En los Departamentos de Salud **con consideración de universitarios**, dependiendo orgánicamente del gerente, podrán existir las figuras del director de Docencia y el director de Investigación que, en función de las características de la actividad existente, podrán coincidir en la misma figura.”



Observaciones

- La docencia y la investigación se han de coordinar por una figura directiva que **dependa del gerente** como garante.
- Que el departamento no sea universitario puede influir en el rango del directivo (director o subdirector, respectivamente) pero no en su dependencia.
- Un requisito para acceder a estos cargos debería ser tener estudios universitarios de postgrado.



Propuesta

“**27.8.** Dependiendo **directamente del gerente**, existirá el órgano directivo de Docencia y de Investigación. **Todos sus integrantes habrán de poseer estudios de postgrado universitario.**”

En los Departamentos de Salud con consideración de universitarios existirán las figuras del Director de Docencia y el Director de Investigación [...]

En los Departamentos de Salud que no tengan la consideración de universitarios, existirán las figuras del Subdirector de Docencia y del Subdirector de Investigación [...]

Texto original

“ [...] 27.11. Dependiendo de cada Dirección podrán existir tantas **Subdirecciones médicas, de enfermería y económicas** como se consideren necesarias para el buen funcionamiento del departamento, teniendo en cuenta la dimensión y complejidad del mismo.

[...] 27.11.2º. **Dependiendo del director Asistencial o del director Médico**, en los departamentos de salud que no tengan la consideración de universitarios, podrán existir las figuras del Subdirector de Docencia y del Subdirector de Investigación. [...]”



Observaciones

- En nuestra propuesta del artículo 27 se ve afectada la numeración.
- En el apartado 27.11, que ahora sería el 27.10, proponemos la existencia de subdirecciones de gerencia.
- Nuestra propuesta respecto a la Docencia y la Investigación en el departamento de salud afecta al párrafo 27.11.2 original y lo hace improcedente.



Propuesta

“[...] **27.10.** Dependiendo de cada Dirección podrán existir tantas **Subdirecciones de gerencia, médicas, de enfermería y económicas** como se consideren necesarias [...]

27.10.2º. Los Subdirectores serán designados con el mismo procedimiento y con los mismos requisitos que los señalados para el nombramiento de los directores respectivos.”



Texto original

“[...] 28.1.1º. El director del Área Clínica será su máximo responsable y sus funciones serán desempeñadas por un **jefe de Servicio Asistencial, dependiendo directamente del director Médico.** [...] será nombrado por el Gerente del Departamento a **propuesta del director Médico** y oído el Comité de Dirección del Área.

28.2. [...] Las unidades de Gestión Clínica tendrán al frente un responsable y sus funciones serán desempeñadas como mínimo por un **Jefe de Sección Asistencial**, que dependerá directamente del director del Área Clínica de la que dependa o **del director Médico** si no dependiera de ninguna. [...] será nombrado por el Gerente del Departamento a **propuesta del director Médico.** [...]”

Observaciones

- Lo que afecta al conjunto de la asistencia ha de depender de gerencia, lo que afecta al proceso médico, dependerá del director médico y **lo que afecta al proceso enfermero, dependerá del director de enfermería**.
- En todo el artículo 28 se habla de la dirección médica y de la asistencial como si fueran una sola.
- La dirección de área Clínica asume su gerencia.
- El jefe médico podría ser responsable de la gerencia del área, siempre que se diferencien ambas funciones, la específica de jefe médico y la conjunta de gerencia.
- Ha de existir el comité de dirección para evitar acumulación de funciones y de responsabilidades.



Propuesta

“[...] 28.1.1º. El director del Área Clínica será su máximo responsable y sus funciones serán **de gerencia, dependiendo directamente del director Gerente**. [...] será nombrado por el Gerente del Departamento a **propuesta de la comisión de dirección del Departamento o, como mínimo, conjunta de los directores Médico y de Enfermería** [...].

28.2. Las Unidades de Gestión Clínica [...] tendrán al frente un **responsable asistencial y sus funciones serán desempeñadas simultáneamente a las de su trabajo clínico**. Dependerá directamente del director del Área Clínica de la que dependa o **del director Gerente** [...] nombrado por el Gerente del Departamento a **propuesta de la comisión de dirección del Departamento o, como mínimo, conjunta del director Médico y del director de Enfermería**. [...]”

Texto original

“28.4. Cada zona básica de salud contará, al menos, con un **Jefe de Zona Básica** que dependerá directamente del director de Atención Primaria y asumirá la **plena responsabilidad de la gestión sanitaria y del personal de la zona básica de salud que esté asignado a su ámbito de Atención Primaria**, así como la responsabilidad de la custodia y utilización adecuada de los recursos materiales que tenga asignados y, en particular:[...].

28.5. **Bajo la dependencia del Jefe de Zona Básica existirá un Coordinador de Enfermería**, con la función de garantizar la programación, ejecución y evaluación de todas las actividades de enfermería”

Observaciones

- Cada zona básica requiere para poder conseguir los objetivos de gestión, una coordinación entre todos los profesionales del equipo.
- Esta responsabilidad ha de **compartirse** entre el jefe médico y el jefe de enfermería.
- Tenemos la duda de si es pertinente el nombre de *Jefe*. Algunos preferimos el nombre de coordinador aunque no queremos que ese nombre nos suponga una subordinación al estamento médico



Propuesta

28.4. Cada zona básica de salud contará, al menos, con un **Jefe médico de Zona Básica** que dependerá directamente del **director médico de Atención Primaria** y asumirá la plena responsabilidad **del personal médico** de la zona básica de salud que esté asignado a su ámbito de Atención Primaria. **Así mismo asumirá la corresponsabilidad de la gestión sanitaria y de la custodia y utilización adecuada de los recursos materiales que tenga asignados y, en particular:[...]**





28.5. Cada zona básica de salud contará, al menos, con un **Jefe de Enfermería de Zona Básica** que dependerá directamente del director de Enfermería de Atención Primaria y asumirá la plena responsabilidad del personal de Enfermería de la zona básica de salud que esté asignado a su ámbito de A.Primaria.

Sus funciones serán dirigir, supervisar, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades de enfermería y garantizar la programación, ejecución y evaluación de los planes de cuidados de enfermería. Así mismo asumirá la **corresponsabilidad de la gestión sanitaria** y de la custodia y utilización adecuada de los recursos materiales que tenga asignados y de los objetivos de gestión enumerados en el apartado anterior”

Texto original

Art. 29. Órganos de participación del departamento

“[...]– Seis representantes de los directores de las áreas clínicas, jefes de servicio **y jefes de zona básica.**

– Seis representantes de los **Coordinadores** de Enfermería y supervisores de enfermería.

[...]– Coordinador del **SAIP**

– Dos diplomados en enfermería **o ayudantes técnicos sanitarios** del departamento, elegidos por y de entre el personal con esta titulación y funciones. [...]”



Observaciones

- El término de facultativo es ambiguo.
- Deberían tener una representación específica:
 - Los licenciados (facultativos en el texto) no médicos.
 - Los titulados universitarios no médicos en periodo de formación (EIR).
- Se han corregido:
 - los nombres según nuestra propuesta anterior.
 - un error de titulación (ayudantes técnicos sanitarios) que ya se había solucionado en otros apartados.



Propuesta

Art. 29. Órganos de participación del departamento

- “[...]– Seis representantes de los directores de las áreas clínicas, jefes de servicio y **jefes médicos de zona básica**.
- Seis representantes de los **jefes de Enfermería de zona básica** y supervisores de enfermería.
 - **Dos médicos** del departamento elegidos mediante votación por y de entre todos los **médicos** que no ejerzan jefatura.
 - **Dos titulados universitarios no médicos ni enfermeros** del departamento elegidos mediante votación por y de entre todos los **titulados universitarios no médicos ni enfermeros** que no ejerzan jefatura.



→

- **Dos médicos** en período de formación elegidos por y de entre el personal que se encuentre en su misma situación.
- **Dos titulados Universitarios no médicos** en período de formación elegidos por y de entre el personal que se encuentre en su misma situación.
- Coordinador del **SAIU**
- Dos diplomados en enfermería o **Titulados de grado universitario en enfermería** del departamento, elegidos por y de entre el personal con esta titulación y funciones.
[...]"



Texto original

“30.2. En aquellos centros de trabajo [...] no estén integrados en un Departamento, existirán los siguientes órganos de dirección:

- director del Centro.
- director Económico.
- director de enfermería.

30.2.1º. El director del centro es el responsable máximo [...]. Deberá estar en posesión de la **licenciatura en Medicina y Cirugía**.

[...]30.2.3º. Bajo la dependencia directa del director del Centro, existirá la figura del director de Enfermería con las funciones de dirigir, supervisar, coordinar y evaluar **las actividades del personal sanitario no facultativo del centro**, [...].”

Observaciones

Volvemos a encontrar un solo cargo para dos funciones.
Hacemos nuestra propuesta siguiendo el razonamiento expuesto para el artículo 28.



Propuesta

“30.2. [...]

- director del Centro.
- **director Médico**
- director Económico.
- director de enfermería.

30.2.1º. El director del centro es el responsable máximo de la dirección y gestión de todos los recursos [...]

Deberá estar en posesión de titulación universitaria.

En función de las características de la actividad existente, pueden coincidir en la misma figura la dirección del centro y una de las otras direcciones.



→

30.2.2º. Bajo la dependencia directa del director del centro existirá el **director médico** con las funciones de organizar, dirigir, controlar y evaluar el funcionamiento de las unidades y servicios **médicos**, proponiendo al director del Centro las medidas necesarias para el mejor funcionamiento de las mismas. **Deberá estar en posesión de la licenciatura en Medicina y Cirugía. [...]**



RESUMEN: Puntos de conflicto en el 74 /2007

	Preámbulo	Cap. 1º Marco General	Cap.2º Prest. sanitarias
El Usuario del Sistema	1, 3, 4	5, 6, 7, 8, 9, 12	13, 14, 15, 19
Proceso Asistencial	2, 3	11	16, 17, 18
Errores		10	

•Reducción de usuario a paciente

•Confusión entre lo médico y lo asistencial

•No existen las enfermeras ni los
Planes de Cuidados de enfermería



RESUMEN: Puntos de conflicto en el 74 /2007

	Cap 3º Estructuras Directivas
Cuidados de Enfermería	22, 23, 24, 25, 27, 28
Enfermería en el Organigrama	20, 21, 22, 23, 26, 27, 29
Errores	28

**Las direcciones de enfermería no tienen contenido
y están subordinadas al poder médico**

