
La experiencia del "Modelo Alzira" del Hospital de La Ribera a La Ribera-área 10 de salud: la consolidación del modelo

E. Tarazona Ginés^a, A. de Rosa Torner^b y M. Marín Ferrer^c

^aEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Adjunta a Gerencia en La Ribera-área 10 de salud. Alzira. Valencia.

^bGerente de La Ribera-área de salud 10. Alzira. Valencia.

^cEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Comisionado de la Conselleria de Sanidad en La Ribera-área 10 de salud. Alzira. Valencia.

Introducción

En la Comunidad Valenciana se implantó el día 1 de enero de 1999 el primer modelo de concesión administrativa en un servicio sanitario público. Se realizó en el área sanitaria 10, en la comarca de La Ribera. Esta área constituía un marco ideal donde iniciar el nuevo modelo sanitario, ya que sufría de carencias en infraestructura sanitaria, principalmente en lo concerniente a la atención especializada, al no tener hospital, lo que obligaba a los ciudadanos a desplazarse a Valencia. No en vano la construcción del hospital había sido un compromiso político que se venía arrastrando desde las anteriores legislaturas (fig. 1).

Así pues, el modelo de concesión administrativa denominado "Modelo Alzira" se inicia con la puesta en marcha del

Hospital de La Ribera y se consolida con la integración de la Atención Primaria en abril de 2003, pasando la empresa concesionaria a gestionar la atención pública sanitaria integral de los 235.000 habitantes que residen en los 29 municipios que abarca el área de salud 10 de la Comunidad Valenciana.

Bases conceptuales del modelo

Este modelo contiene el principio básico de la separación entre la financiación realizada por el ente público y la provisión de los servicios, que es responsabilidad de la concesión administrativa formada por una Unión Temporal de Empresas (UTE) (fig. 2).

La propiedad, la financiación y el control son públicos, y la prestación privada,

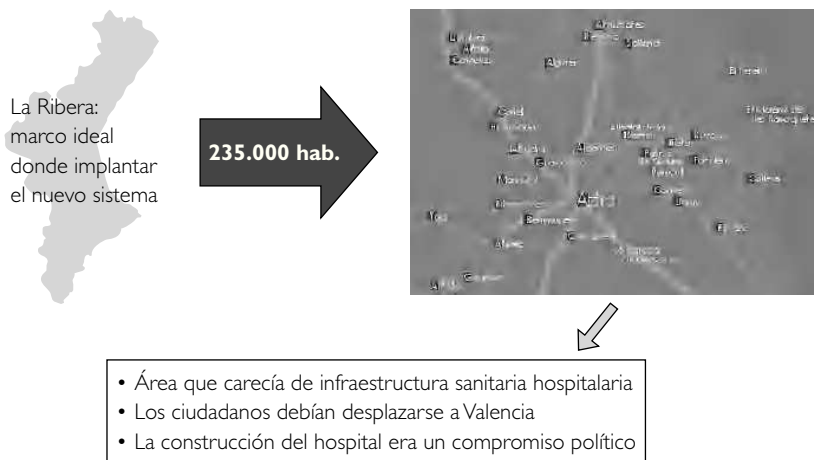


Figura 1. Antecedentes.

respetándose los principios de eficacia, eficiencia, equidad y gratuidad de los servicios.

El control público se realiza por medio de un Comisionado de la Conselleria de Sanidad, quien tiene entre sus funciones

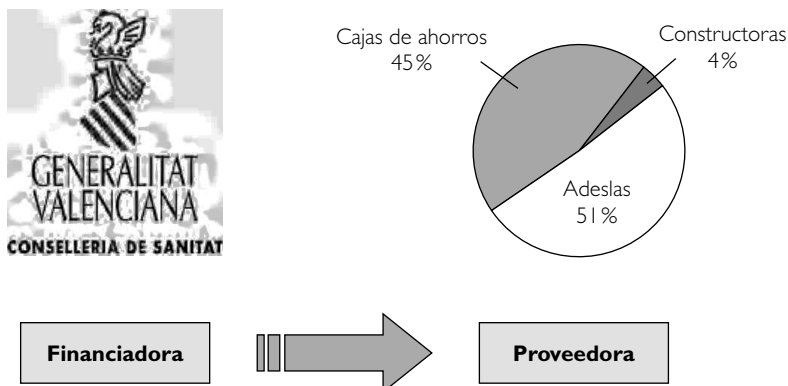


Figura 2. Principio básico: separación entre financiación y provisión de servicios.

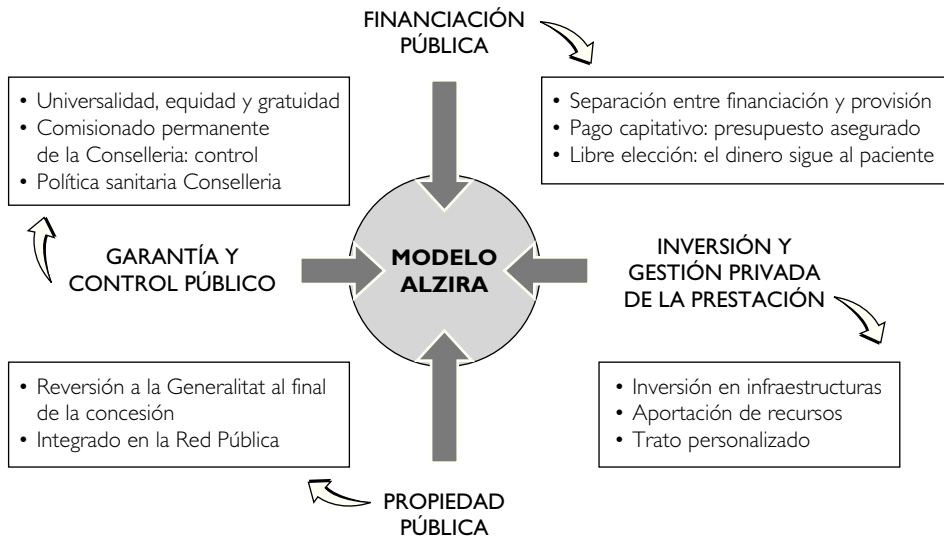


Figura 3. Bases conceptuales del modelo. Concesión administrativa para su área de salud.

principales la de velar por el cumplimiento del pliego de condiciones y el exhaustivo control de la calidad en los servicios prestados. Además, ejerce la jefatura administrativa del personal estatutario, por lo que se establecen vínculos de colaboración necesarios entre la Conselleria de Sanidad y la UTE (fig. 3).

Órganos de gobierno

Los órganos de gobierno están constituidos por:

1. Comisión mixta de Conselleria. Formada por representantes de ambas

partes, reuniéndose con una periodicidad trimestral. Entre sus funciones está la de vigilar el cumplimiento de las cláusulas de explotación, aportando soluciones a problemas operativos y de facturación, así como el seguimiento de los indicadores asistenciales y económicos, el control de las plantillas de personal y la definición de los controles de calidad.

2. Comité de gerencia UTE. Formado por un consejo de administración clásico, que se reúne con periodicidad mensual.

3. Comité de la dirección UTE. Constituye el órgano de dirección propio de la organización, con la coordina-

ción del equipo directivo, y se reúne con periodicidad semanal.

Dos etapas (1999-2002; 2003-2018)

En la primera etapa y mediante la realización de un concurso público la concesión fue adjudicada a una UTE liderada por la aseguradora Adeslas, incluyendo en el pliego de condiciones la construcción de la obra del hospital en 18 meses y la duración de la concesión por un período de 10 años, prorrogables a 15.

Desde el día 1 de abril de 2003 el modelo se extiende a la Atención Primaria con una nueva organización integral para toda el área, para lo cual se realizó un nuevo concurso público que se adjudicó a la misma UTE (UTE-II) que hasta el momento gestionaba funcionalmente la atención especializada, con un nuevo pliego de condiciones que se caracterizó en una cuota de acceso de 72 millones de euros y un plazo temporal de la concesión de 15 años prorrogables a 5 más, a partir de la adjudicación. Existe un compromiso de inversiones con un mínimo de 68 millones de euros durante el período de la concesión, incluyendo la construcción del nuevo centro de salud en Alzira.

La prima establecida para 2004 es de 411 euros por habitante y año. La actualización de la prima crece anualmente según

el aumento presupuestario de la Conselleria de Sanitat, pero en cualquier caso no podrá ser inferior al IPC ni superior al aumento del gasto del Estado para ese año.

Las prestaciones incluidas son para Atención Primaria, especializada, unidades de conductas adictivas y de planificación familiar. Las prestaciones excluidas en el pliego de condiciones son los servicios ambulatorios de farmacia, oxigenoterapia, prótesis y transporte sanitario.

Respecto a la prestación farmacéutica se contempla un incentivo de ahorro en farmacia del 30 % si el gasto es inferior al gasto medio por habitante de la Comunidad Valenciana

Para asegurar una explotación equilibrada de la concesión y el control de la Administración se limita la tasa interna de rentabilidad al 7,5 % anual.

Se estableció una penalización de 12,5 % de descuento cuando la facturación de los pacientes atendidos de fuera del área exceda un 20 % del presupuesto capitativo y el 25 % de descuento cuando exceda un 40 % de la factura. Los pacientes del área atendidos en otros hospitales públicos son facturados al 100 %, mientras que los pacientes de otras áreas atendidos en el Hospital de La Ribera se facturan al 80 %.

Existe un canon de cesión de inmuebles del 2 % sobre el valor de coste.

Hospital de La Ribera 1999-2002

La creación de un hospital público de gestión privada llevaba aparejado la existencia de unos retos iniciales que había que ir superando. Se trataba de un proyecto emblemático y tenía la dificultad de ser el primero, existía un temor a lo distinto y la confusión social de la gestión privada con la privatización. Era notorio un entorno político de debate continuo, y por otra parte era necesario construir una relación UTE-Conselleria de Sanidad, con la aceptación por parte del sistema público de la existencia de un hospital público "atípico".

Al inicio constituyó una situación compleja que con el tiempo ha sido altamente satisfactoria.

La estrategia que se llevó a cabo para superar estos retos iniciales fue la de dar respuesta al ciudadano con una organización orientada al paciente y demostrar la viabilidad de un modelo de gestión basado en altos niveles de eficiencia, con una elevada productividad e innovaciones importantes en infraestructura, tecnología y sistemas de gestión, con una cultura propia y diferenciada.

Los aspectos diferenciales que se ofertan al ciudadano son: la libre elección de hospital por parte de los pacientes de fuera del área, así como los pertene-

cientes al área también pueden ir a otros hospitales; la libre elección de profesionales médicos; habitación individual; horario de consultas ampliado de lunes a viernes de 8 a 22 h; horario de quirófanos completo de lunes a sábado de 8 a 22 h. Destaca en la gestión el uso de la tecnología más avanzada para facilitar los procesos asistenciales; es un hospital que nació totalmente informatizado con historia clínica electrónica y sistema radiológico digital (PACS), con profesionales altamente motivados mediante sistemas de retribución variable, basados en el cumplimiento de objetivos asistenciales.

Durante los años de funcionamiento del hospital se han realizado varias encuestas de satisfacción mostrando que el 91 % de los ciudadanos se muestran satisfechos con el servicio y el 80 % desconoce el modelo de gestión (figs. 4 y 5).

En cuanto a estrategias de calidad se han implantado 40 guías de práctica clínica,

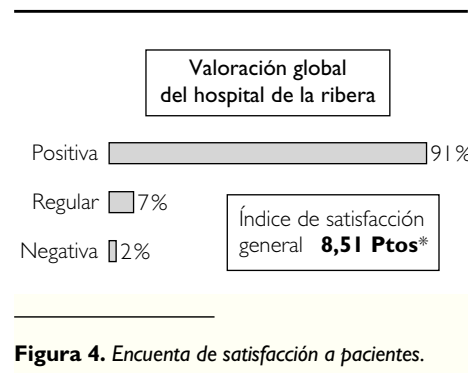


Figura 4. Encuesta de satisfacción a pacientes.

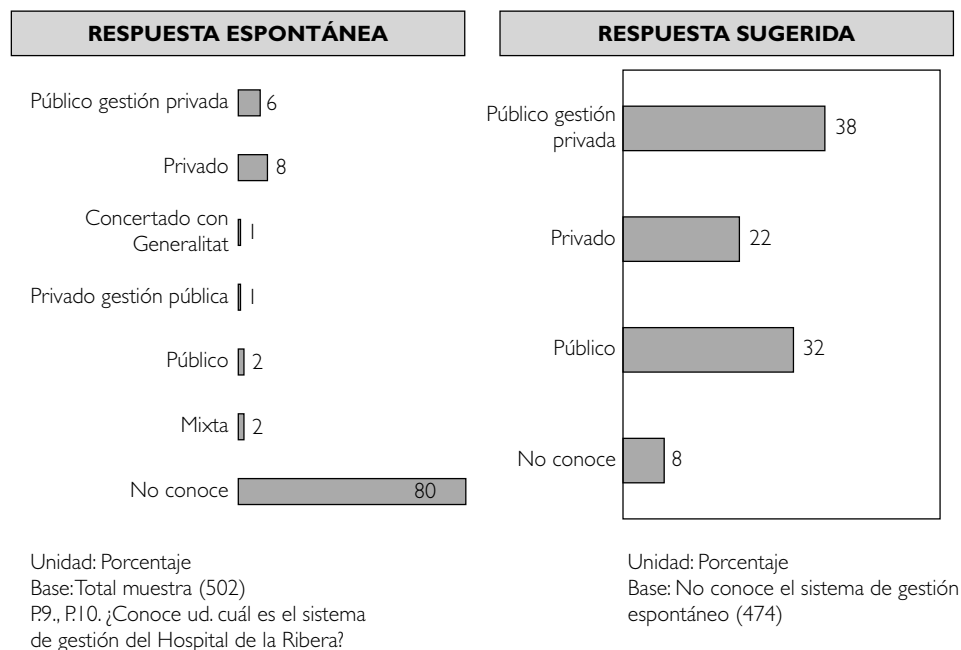


Figura 5. Tipo de gestión del Hospital de La Ribera.

se han formado comisiones clínicas y grupos de trabajo; en diciembre 2002 se finalizó la autoevaluación EFQM con 10 proyectos de mejora priorizados, y también se han certificado con la norma ISO 9001 el área de admisión y gestión de pacientes (2002) y el Servicio de Radiofísica y Protección Radiológica (2003). Por otra parte el hospital dispone de reconocimientos oficiales recibidos durante estos años:

Premio Nacional a la Innovación en la Gestión y Administración sanitaria de

la Escuela Nacional de Salud y el Instituto Carlos III, años 1999 y 2000. TOP 20 años 2000, 2001, 2002 y 2003 como mejor hospital de España dentro de su categoría de grandes hospitales generales, TOP 20 año 2003 en el área de Cirugía General y Digestiva. Finalista de los Premios Nova 2002 a la mejor empresa valenciana. Premio Nova 2003 a la calidad empresarial. Finalista de la I edición de los Premios Profesor Barea 2002 a la gestión y evaluación de costes sanita-

rios. Premio especial del jurado "Economía 3" año 2003.

Área de salud: organización integral de atención sanitaria 2003-2018

La ampliación del "Modelo Alzira" en abril de 2003, ha supuesto el pasar de gestionar el Hospital de La Ribera a realizar una gestión integral de la atención sanitaria pública del área 10, lo que convierte a la empresa gestora en una organización integrada de servicios sanitarios.

Las características del nuevo modelo constituyen una refundación, así, el hospital desaparece en su concepción actual y se integra en una nueva organización conjunta que fusiona todos los niveles asistenciales del área. Con la integración de niveles asistenciales el hospital dejará de ser el eje fundamental, y la organización pasa de gestionar servicios especializados a gestionar el conjunto de servicios de salud de un área.

Así pues, se cuenta con 1.696 trabajadores involucrados en el proyecto, 1.112 profesionales en atención hospitalaria y 584 en Atención Primaria. Estos profesionales desarrollan su labor en 11 centros de salud, 18 consultorios permanentes y 12 consultorios estacionales

(verano), además, obviamente, del Hospital de La Ribera.

Objetivos estratégicos

Los principios y objetivos estratégicos de la nueva organización se unen a los que ya han demostrado su eficacia en los 4 años de gestión del Hospital de La Ribera:

1. Crear una cultura entre los profesionales para que velen por un mismo interés: la salud del ciudadano y/o paciente del área 10.

2. Dar respuesta al ciudadano con una organización orientada al paciente. Conseguir que el ciudadano perciba una atención sanitaria sin escalones.

3. Procesos asistenciales integrados del área de salud. Definir el "mejor lugar" diagnóstico, terapéutico y de seguimiento.

4. Aumentar la capacidad de resolución de los profesionales.

5. Acercar los servicios y la tecnología a los niveles asistenciales más próximos al paciente.

6. Eficiencia en la gestión.

La ampliación de la concesión y la extensión del modelo a la Atención Primaria completa el proceso y facilita la continuidad asistencial.

Modelo de integración

Para lograr la consecución de los objetivos planteados se ha diseñado una estrategia progresiva que interacciona de forma paralela y sumatoria. Inicialmente se han realizado mejoras en la infraestructura y equipamientos que siguen su curso según la planificación previa. Paralelamente se está implementando el desarrollo tecnológico que mejora las comunicaciones y compatibiliza los sistemas de información. Todo ello se hace necesario para ir gestionando el cambio cultural que permita asumir los nuevos retos al profesional tanto de Atención Primaria como del hospital.

Infraestructuras y equipamiento

Como primera fase del proyecto de integración la organización ha desarrollado y sigue desarrollando numerosas actuaciones de mejoras estructurales en los diferentes centros de Atención Primaria del área. Se da cumplimiento a un plan de necesidades elaborado tras una análisis pormenorizado de los centros. Se modernizan las instalaciones y se actualizan sus dotaciones en material sanitario (pulsioxímetros, desfibriladores, etc.) y no sanitario (equipos informáticos, etc.).

Se han remodelado más del 70% de los 41 centros, se han construido los consultorios de Gavarda y Mareny de Barraquetes y se ha iniciado la obra del centro de salud integrado de Sueca. Se siguen desarrollando numerosas obras de mantenimiento y han comenzado las obras del nuevo centro de salud de Alzira, que supone una inversión por parte de la UTE de más de 6 millones de euros.

Desarrollo tecnológico

El uso de la tecnología se configura como un elemento esencial para dotar a la organización de los medios más avanzados como mecanismo para alcanzar máximas cotas de eficacia y eficiencia. Además, acercar la tecnología a los niveles asistenciales más próximos al paciente contribuye de forma decisiva a la mejora del servicio.

Los medios informáticos dinamizan y aceleran la resolución de los procesos, además de constituirse en soporte necesario para la implementación de las políticas estratégicas que define la organización. Así, la historia clínica electrónica integrada se configura como la herramienta sobre la que debe pivotar la gestión clínica, farmacéutica y economicofinanciera de la atención sanitaria integral del área 10.

Así pues, se pueden destacar los siguientes aspectos más relevantes:

*Acceso a la red digital de salud del área.
Conexión red Arterias – Red Hospital
de La Ribera. Proyecto Xúquer I*

Se ha establecido el enlace informático entre la red de datos del Hospital de La Ribera y la red pública de datos de la Generalitat Valenciana (red arterias).

Es decir, los centros de salud y el Hospital de La Ribera están enlazados informáticamente, lo que ha permitido:

1. Acceso al módulo asistencial de la historia clínica electrónica del hospital. Esto permite la consulta de la historia clínica en hospitalización, consultas externas y urgencias, solicitar pruebas diagnósticas complementarias y consultar los resultados de éstas a través del catálogo estándar del hospital, acceso a las imágenes radiológicas, consultar informes de alta de pacientes o cualquier otra información relevante de los pacientes atendidos en el hospital, etc.

2. Acceso al módulo de citación para citas a atención especializada desde el centro de salud. Tras su implantación, en la actualidad se da cita desde todos los centros de salud y se está extendiendo a todos los consultorios auxiliares restantes. Hasta la fecha se han facilitado unas 30.000 primeras citas al hospital

desde Atención Primaria, lo que supone un 20% del total.

3. Otros módulos. Se ha ampliado la cobertura del correo electrónico, antes sólo accesible para los trabajadores del hospital, para que los profesionales de Atención Primaria que lo necesitaran pudieran acceder al mismo desde su lugar de trabajo habitual. En la misma línea se ha unificado e informatizado el programa de suministros *on-line* lo que mejora y agiliza los procesos logísticos y el aprovisionamiento de material sanitario de los diferentes centros de salud del área, consiguiendo reducir los stocks de los almacenes en un 50%. Se ha implantado un programa de gestión de personal unificado para toda el área con acceso descentralizado.

*Informatización de los puntos
de atención continuada*

Los 10 puntos de atención continuada (PAC) del área de salud han sido informatizados y se ha instalado el mismo sistema de información que opera en el Servicio de Urgencias del hospital. Es decir, en los Servicios de Urgencias de los centros de salud se permite a los profesionales consultar la historia del paciente y a su vez introducir nuevos datos creando lo que se llama un nuevo "episodio de Urgencias". Esto su-



Figura 6. Módulo de Urgencias único en A-10.

pone una gran ventaja para el ciudadano, ya que esta información que el médico del centro de salud introduce en el sistema pasa a formar parte de la historia clínica que se utiliza en el Hospital de La Ribera. De esta manera, también tienen acceso a estos nuevos datos los médicos de Urgencias del hospital, lo que mejora la comunicación y la coordinación entre los distintos niveles de atención.

La actividad asistencial y los tiempos de demora de todos los PAC del área de salud son conocidos en tiempo real. Esta información se facilita a los ciudadanos a través de un monitor dispuesto en la sala de espera del Servicio de Urgencias del Hospital de La Ribera (fig. 6). Esto puede contribuir a que los ciudadanos consideren la posibilidad de acudir a su centro de salud antes de realizar un desplazamiento más largo y costoso hasta el Ser-

vicio de Urgencias del hospital, donde en 2003 se realizaron más 125.000 atenciones.

Desde su puesta en funcionamiento hasta la fecha (abril-octubre) se ha constatado por primera vez un descenso del 5,22% en el número de Urgencias atendidas en el Hospital de La Ribera respecto al mismo período en 2003.

Implantación de RVN y GAIA (Abucasis II)

El intercambio tecnológico no ha sido sólo del hospital hacia Atención Primaria. La interconexión entre la red del hospital y la red "arterias" ha permitido también a los profesionales del hospital acceder a las aplicaciones de la Generalitat Valenciana en uso en Atención Primaria (GAIA, SIP, RVN, etc.), aprovechando sus ventajas y facilitando actuaciones sanitarias como las campañas de vacunación.

Se ha completado el uso global del registro de vacunas nominal en toda el área de salud incluyendo al hospital.

Por otra parte, hasta la fecha se ha implementado el módulo de prescripción asistida de GAIA como herramienta para mejorar la gestión de la prestación farmacéutica en trece centros de Atención Primaria, en cuatro puntos de Atención Continuada y en una sala de Hospitaliza-

ción, esperando completar su extensión global durante el 2005.

Proyecto Xúquer II. Interface SIAS-Abucasis II

Con la *interface* entre la historia clínica electrónica de Atención Primaria (Abucasis II) y la historia clínica electrónica del hospital (SIAS) cumpliremos con el objetivo de tener un área de salud con una historia electrónica única y conjunta para Atención Primaria y especializada durante el año 2005.

Estrategias asistenciales

Las estrategias asistenciales se basan en la propuesta de fomentar el conocimiento entre los distintos profesionales del área, establecer pautas de actuación conjunta y definir unos objetivos comunes para el área de salud.

El objetivo es ofrecer una atención sanitaria integrada al paciente. Para ello, se definen nuevos circuitos de atención y nuevos mapas de procesos asistenciales del área de salud, que abordan la asistencia desde una perspectiva global, de forma que el paciente no detecte ningún escalón durante la atención.

Igualmente, el acercar servicios al usuario conlleva facilitar un mayor poder de resolución de los médicos de Atención Primaria. Con una mejor dota-

ción de medios y apoyados con tecnología, pruebas y especialistas, se incrementa el potencial resolutorio para un mayor número de situaciones sin necesidad de remisión al hospital. Obviamente, para ello se debe realizar la formación precisa a los profesionales en el uso de los sistemas de información, así como su asistencia a cursos específicos para facilitar su integración activa con las nuevas herramientas asistenciales y de gestión que se implantan en el área.

Para llevar a cabo esta estrategia asistencial se han realizado una serie de actuaciones:

Despliegue de los agentes Integradores asistenciales o Links en cada zona básica

En cada zona básica se dispone de un médico internista que enlaza y coordina la relación entre los centros de salud y el hospital. El *link* es un facilitador de la labor del médico de Atención Primaria en lo referente a atención hospitalaria. Como parte colaboradora de su equipo de Atención Primaria (EAP) tiene que facilitar y/o conseguir los objetivos asistenciales del EAP de ese centro.

Esta figura poseerá las siguientes características y funciones:

1. Conocedor de los circuitos asistenciales y no-asistenciales ya existentes en el Hospital de La Ribera.

2. Conocimientos científicomédicos con capacidad de:

– Resolución de pacientes conjuntamente con el médico de Atención Primaria.

– Actuar como consultor de casos clínicos para el médico de Atención Primaria.

– Participar en sesiones clínicas semanales: casos clínicos, procesos clínicos.

3. Informar de la evolución y circunstancias de los pacientes adscritos al EAP que permanezcan hospitalizados.

4. Participar de los mismos objetivos que el EAP. Estos objetivos están ligados al plan de salud de la Comunidad Valenciana.

Desarrollo de la cartera de servicios en Atención Primaria y acercamiento de especialidades hospitalarias a los centros de salud: los centros sanitarios integrados

Determinados centros de salud incorporarán una serie de especialidades, tecnología y recursos humanos. En los centros sanitarios integrados se realiza actividad asistencial tanto de Atención Primaria (la propia de un centro de salud) como de atención hospitalaria (la propia del Hospital de La Ribera) y de atención continuada, con una sala de curas y yesos, sala de reanimación con ca-

rro de paradas o sala de observación con 2-4 boxes, todos ellos con toma de oxígeno y monitorización. De esta forma, en el CSI se concentran todos los niveles de asistencia (primaria, continuada y hospitalaria), además de disponer de recursos de medios diagnósticos de laboratorio y radiología digital conectada con el hospital.

De esta forma, los ciudadanos tendrán mucho más cerca de sus hogares un mejor servicio, con recursos suficientes para ofrecer una atención de garantía que permita en la gran mayoría de los casos evitarles el desplazamiento hacia el hospital.

Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Se trata de mejorar la atención que se presta al paciente y al ciudadano en el nivel más próximo y más oportuno, con capacidad para dar soluciones eficaces y eficientes, se pasa de una organización que gestiona la enfermedad a otra que promueve la salud.

Se plantea una gestión que prioriza la orientación al paciente maximizando los conceptos de acceso equitativo a los servicios sanitarios, atención sin demoras, libertad de acceso y de elección de médico, satisfacción del paciente, prevención de la enfermedad y promoción

de la salud a través de campañas informativas, de vacunación, publicación de folletos sobre patologías concretas, planes asistenciales para colectivos específicos, fomento de los hábitos saludables y vida sana, charlas a los ciudadanos impartidas por profesionales de la organización, educación para la salud en la escuela, etc.

Creación de grupos de trabajo

Para homogeneizar los circuitos de atención y facilitar la continuidad de los cuidados se crean distintos grupos de trabajo multidisciplinares: circuitos del paciente ambulatorio, proceso de Urgencias, alta de enfermería, úlceras por presión, etc.

Creación de comisiones integradas del área de salud

Comisión de procesos asistenciales para el desarrollo del mapa de procesos propios del área y su implantación. Comité de calidad: áreas en proyecto de certificación con norma ISO en el 2004, el proceso del embarazo-parto-puerperio y el bloque quirúrgico. Comisión de uso racional del medicamento. Comisión de formación y desarrollo, que gestiona y financia las acciones formativas de los trabajadores de la organización. Comisión de humanización, etc.

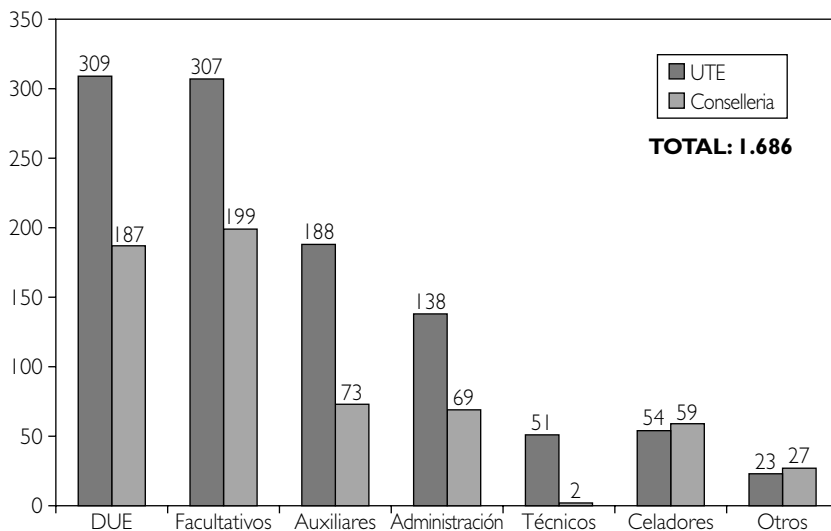


Figura 7. Plantilla de La Ribera-área 10 de salud.

Política de recursos humanos

Desde el inicio de la concesión en 1999, a todo el personal estatutario que trabajaba en el área se le ofreció la posibilidad de continuar como estatutario o solicitar su pase a la UTE por medio de excedencia por incompatibilidad, estableciéndose una convivencia entre personal laboral y estatutario.

En abril de 2003, fecha de entrada en vigor de la nueva concesión administrativa (UTE-II), el 100 % de la plantilla de Atención Primaria era personal estatutario y, siguiendo la misma política de in-

corporaciones, se realizó la misma oferta. A pesar de la interferencia que puede suponer que en la Comunidad Valenciana, y por supuesto el Área 10 se encuentre en plena resolución del proceso extraordinario de oferta pública de empleo, podemos decir que transcurridos 15 meses el 20 % de la plantilla actual de Atención Primaria se ha incorporado a la UTE-II. Las incorporaciones y pases continúan de forma progresiva y todas las nuevas contrataciones se realizan con criterios de selección de personal con base jurídica de contratos laborales de la empresa privada (fig. 7).

Respecto a los coordinadores de zona básica y de enfermería se han producido cambios en función de las necesidades que han ido aconteciendo, y con unos criterios estandarizados de selección, existiendo una convivencia normalizada de coordinadores con contrato laboral con la UTE y otros estatutarios, al igual que ocurre en el hospital.

Para facilitar la integración de los profesionales del área se han desarrollado políticas de promoción interna y se han seleccionado médicos de familia que trabajaban en el hospital, para los cuales supone una oportunidad desarrollar su labor asistencial en Atención Primaria, e incluso en ocasiones compatibilizarla con tareas o actividad en el hospital.

También se ha desarrollado un sistema de incentivos para distintas categorías profesionales, con objetivos comunes para el área de salud.

Actividades de formación

Para llevar a cabo el desarrollo de la estrategia de comunicación en informatización ha sido necesario realizar la formación de los profesionales en los distintos módulos de la red digital de salud del área, así como realizar cursos de ofimática básica. Desde el punto de vista de estrategia asistencial se han organizado jornadas de integración, de investigación en enfermería, jornadas de área del manejo del paciente con riesgo cardiovascular, reciclaje de profesionales de Atención Primaria por otros dispositivos asistenciales, cursos de RCP, etc.

nadas de integración, de investigación en enfermería, jornadas de área del manejo del paciente con riesgo cardiovascular, reciclaje de profesionales de Atención Primaria por otros dispositivos asistenciales, cursos de RCP, etc.

Actividad docente

La formación permanente de los profesionales es una apuesta estratégica de la organización y uno de los elementos esenciales de su política global de recursos humanos. Asimismo, la organización ha logrado la acreditación del Ministerio para impartir la docencia acreditada MIR/FIR, que viene a completar la ya iniciada para matronas y enfermería de salud mental.

Conclusiones

Podemos decir que en el nuevo modelo de gestión de los servicios sanitarios públicos por concesión administrativa es necesario un sector empresarial sólido y transparente, con experiencia, dispuesto a trabajar en innovación en la gestión de los servicios sanitarios, que domine y apueste por la evolución tecnológica en el sector.

El modelo ofrece a la administración la ventaja de conseguir unos servicios públicos de gran calidad sin la necesidad

de aportar inversiones iniciales y a un coste menor y planificado.

Es de esperar que la gestión integral de la Atención Primaria especializada proporcionará en el área altas cuotas de funcionalidad, con una calidad y una tecnología constatadas en los 5 años de funcionamiento del Hospital de La Ribera. La consolidación del modelo con la extensión de la gestión al área de salud evitará la competencia entre niveles, la duplicidad de consultas y pruebas, el uso inadecuado y iatrogénico de la tecnología, y por otra parte mejorará la continuidad de los cuidados, potenciará la

promoción de la salud y facilitará una mayor eficiencia en la gestión.

Se espera que la integración entre niveles mejore la calidad de servicio percibido por el ciudadano que desconoce el modelo de gestión, ya que está más preocupado por cómo se gestiona que por quién gestiona.

También para los profesionales sanitarios supone un reto el ejercer su trabajo, con una motivación económica, un compromiso de cooperación con el resto de profesionales del área que, principal y fundamentalmente, beneficia a los pacientes y los ciudadanos del área.

