

LA SANIDAD PÚBLICA EN ASTURIAS

II

La gestión del sistema sanitario

COORDINADORES:

Juan Luis Rodríguez-Vigil Rubio

Martín Caicoya Gómez-Morán



REAL INSTITUTO DE ESTUDIOS ASTURIANOS

PRINCIPADO DE ASTURIAS

PRINCIPADO DE ASTURIAS
REAL INSTITUTO DE ESTUDIOS ASTURIANOS

LA SANIDAD PÚBLICA ASTURIANA

II

JUAN LUIS RODRÍGUEZ-VIGIL RUBIO
MARTÍN CAICOYA GÓMEZ-MORÁN

SUMARIO

PALOMA ALONSO
JOSE REPULLO
ENRIQUE GONZALEZ
ROSANA SABATER
RAIMUNDO BELENES
JULIAN GARCIA VARGAS
JUAN DEL LLANO
PEDRO SABANDO
JOSE GARCIA
JULIO BRUNO
JUAN SOLANO
JOSE GUTIERREZ
JULIA MONTSERRAT
DEMETRIO CASADO
MARTÍN CAICOYA



OVIEDO
2010

© REAL INSTITUTO DE ESTUDIOS ASTURIANOS

Directores del Foro: Juan Luis Rodríguez-Vigil Rubio y Martín Caicoya Gómez-Morán

Coordinador de la Edición: Gonzalo González Álvarez

I.S.B.N: 978-84-87212-95-6

D.L: AS-4.951/2010

IMPRIME: I. Gofer

SUMARIO

	<u>Págs.</u>
Presentación de los Directores	7
Conferencia de Paloma Alonso	
<i>“La responsabilidad del organismo gestor central: Definición de objetivos, metas y métodos. Sistemas de control de logros”</i>	13
Conferencia de José Repullo	
<i>“Nueva gestión pública orientada a la salud: La tercera vía ante el dilema público/privado”</i>	49
Conferencia de Enrique González	
<i>“Gestión hospitalaria en tiempos de crisis: Sostenibilidad o el viaje a Ítaca”</i>	75
Conferencia de Rosana Sabater	
<i>“Modelos de gestión de los servicios del servicio de salud: La experiencia valenciana”</i>	97
Conferencia de Raimundo Belenes	
<i>“Crisis y oportunidad en el SNS. Nuevas estrategias de gestión hospitalaria: El hospital clínico de Barcelona”</i>	127
Conferencia de Julián García Vargas	
<i>“Estrategias de coordinación de los sistemas regionales de salud”</i>	147

	<u>Págs.</u>
Conferencia de Juan del Llano <i>“Sanidades autonómicas: ¿solución o problema?”</i>	167
Conferencia de Pedro Sabando <i>“La coordinación en el SNS de España”</i>	179
Conferencia de José García <i>“La coordinación de la atención sanitaria y social como base de las políticas de bienestar”</i>	189
Conferencia de Julio Bruno <i>“La gestión de los servicios asistenciales”</i>	205
Conferencia de Juan Solano <i>“La adecuación de los servicios sanitarios a las Particularidades de los ancianos”</i>	233
Conferencia de José Gutierrez <i>“¿Es necesario medicalizar a los ancianos en los centros de alojamiento?”</i>	243
Conferencia de Julia Monserrat Codorniu <i>“La financiación de las prestaciones sanitarias y sociales de las personas en situación de dependencia”</i>	253
Conferencia de Demetrio Casado <i>“Coordinación en y entre los servicios sanitarios y sociales”</i>	265
Artículo de Martín Caicoya <i>“Hospitalización en Asturias en relación con España en 2007 ”</i>	279

PRÓLOGO

El presente volumen agrupa las ponencias que se han debatido en el segundo ciclo del Foro de debate sobre el futuro de la sanidad pública asturiana en el horizonte del siglo XXI, que el Real Instituto de Estudios Asturianos (RIDEA) ha organizado con la decisiva colaboración de la Caja de Ahorros de Asturias, quien ha financiado generosamente dicho Foro, haciendo, una vez más, gala de su interés por facilitar el conocimiento y el análisis riguroso de los grandes temas y problemas que, como de la sanidad pública o el medio rural, afectan decisivamente a la sociedad asturiana, algo que el RIDEA quiere agradecer públicamente.

A lo largo de este segundo volumen se recogen ponencias que tratan de la planificación y gestión de los servicios sanitarios; de la coordinación entre los diferentes servicios de salud y la de estos con los servicios socio-sanitarios. La principal pregunta a la que los distintos ponentes han tratado de responder es la de cómo planificar y gestionar el sistema para lograr su máxima eficacia, eficiencia, equidad y accesibilidad.

En relación con ello, y en primer lugar, se ha tratado de la necesaria coordinación interna del Sistema Nacional de Salud, esto es la de los servicios autonómicos de salud entre sí, y con el Ministerio de Sanidad estatal, algo imprescindible para lograr el correcto funcionamiento de "conjunto" integrado que conforma el SNS.

Por su parte, en los aspectos de la problemática sanitaria pública que conectan más directamente con los problemas de gestión, se han recogido, desde distintos ángulos, estrategias y presupuestos ideológicos, las diversas opciones de planificación y gestión hospitalaria que se han desarrollado en nuestro país, lo que ha dado lugar a complejas y variadas reflexiones sobre la responsabilidad que en cada caso tiene el organismo central sanitario en la definición de objetivos y metas.

La práctica generalidad de los ponentes ha considerado que la innegable crisis del sistema es también una oportunidad para introducir en él nuevos modelos de gestión. Y, en ese sentido, se han tratado las relaciones entre los subsistemas sanitarios público y privado y las diferentes experiencias habidas en España para afrontar los dilemas que plantea su convivencia y articulación operativa, partiendo de la evidencia de que no existe una fórmula única, ni siquiera una mejor de organización y gestión del sistema sanitario.

La mayor parte de los ponentes han coincidido en que el sistema sanitario público debe profesionalizar la gestión de manera que mantenga solo la justa dependencia de la política partidaria. Ello exigiría, sin duda, que se hiciera explícito el evidente consenso que existe nuestro país acerca del modelo de sistema sanitario público, a partir de lo cual, definido ya con claridad el marco general de actuación, el sistema de derechos y deberes de usuarios, profesionales y cuadros directivos, los gestores del sistema tendrían como tarea principal conseguir las metas impuestas, contando con los medios organizativos y financieros adecuados; metas que obviamente, serían las fijadas en cada caso y momento por el poder político, quien debería establecer igualmente los instrumentos de gobierno, participación y control, pero seguramente ya con criterio empresarial que permita alcanzar cotas de eficiencia y eficacia superiores a las actuales.

Existe una acusada coincidencia entre los ponentes acerca de que, en las condiciones actuales, si no se acometen profundas transformaciones en el sistema sanitario será muy difícil, por no decir imposible, conseguir esa mayor eficacia y eficiencia. Por ello se considera que además del expresado consenso político sería necesario transformar el actual modelo burocrático, altamente politizado, por otro más flexible y profesionalizado.

Existe también general coincidencia en que los gestores sanitarios tienen excesiva dependencia política partidaria, a la que se ciñen con frecuencia incluso con preferencia al cumplimiento del programa pactado y

de las necesidades que surgen en el transcurso de su ejecución. Se considera que un gestor sanitario, a cualquier nivel, debería ser juzgado únicamente por el nivel de consecución de los logros.

De esa consideración sobre el carácter profesional que debe tener de la gestión sanitaria pública deriva la necesidad de contar con gestores que gestionen lo que verdaderamente importa, que no es otra cosa que el talento de las personas que forman parte de la organización. No es la contabilidad del uso de los recursos físicos lo que hace que un sistema funcione. Funcionará cuando se logre alinear las metas individuales de cada miembro con las de la organización. Se necesitan gerentes que sean líderes, capaces de encauzar los proyectos individuales hacia el fin de la empresa sanitaria. Por eso, se estima que en las relaciones con el personal debe primar el consenso y la participación bajo el claro norte de los fines y objetivos de la organización. Pero el gestor sanitario también debe ser alguien capaz de imponer normas y para ello ha de tener poder, independencia y respaldo político.

La estructura burocrática puede ser adecuada para la gestión de algunos sectores de las administraciones públicas, pero no parece la mejor para una organización como la sanitaria que se basa principalmente en talento y en el conocimiento, en un medio sujeto a continuas innovaciones y donde los profesionales, especialmente los médicos, pueden adoptar decisiones individual y libremente que afectan medularmente al gasto y al funcionamiento del sistema. El resultado más negativo de la burocratización de la sanidad pública es que los profesionales de los servicios de salud se acomoden dentro del nicho de poder que se les asigna, y los gestores que pretenden introducir cambios se encuentran con una resistencia normativa y de comportamientos muy difícil de alterar. España es el único país del entorno europeo donde todos los médicos son empleados del estado bajo un régimen casi funcionarial. La experiencia europea pone de manifiesto que esa fórmula no es necesariamente la mejor para el sistema sanitario público, aunque lo pueda ser para profesionales acomodaticios.

En Asturias se han dado pasos en sentido reformista con el decreto que permite la creación de unidades de gestión clínica. Ese podría ser un buen camino a juzgar por la experiencia del Hospital Clinic de Barcelona, pues como se señala en varias ponencias, las unidades que tienen responsabilidad en la gestión consiguen los mismos resultados en salud a un coste inferior.

Un segundo paso que puede ayudar a conseguir mejores resultados es la estrategia PCAI (Programas Clínicos de Atención Interdisciplinar). Con ellos se pretende que todos los actores de la atención a un determinado problema clínico elijan lo que es mejor para el paciente y para el sistema, y lo hagan en un proceso coordinado con el resto de los responsables de esa actividad. Son instrumentos que pueden favorecer el cambio y el mejor ajuste a la realidad actual. Probablemente no sean suficientes, aunque si se implantaran de manera amplia sería un gran avance.

La impresión que se puso de manifiesto en las distintas ponencias y debates es que la mayoría de los profesionales que integran el sistema sanitario están comprometidos con la atención al paciente, y que también ese es el objetivo indubitado de los gestores, que se concreta en lograr que el sistema sanitario provea servicios adecuados a las necesidades en tiempo y forma y al menor coste posible en recursos y daños.

A partir de esa coincidencia de objetivos e intereses cabe preguntarse por qué no existe una confluencia de esfuerzos, metas y objetivos entre profesionales y gestores sanitarios. Las posibles respuestas, dejando de lado que en ocasiones y a diferentes niveles, los actores están influidos también por intereses extrasanitarios, que no siempre son coincidentes, son la ausencia de confianza y de incentivos para el cambio. Se ha constatado en las ponencias y debates una falta de confianza mutua entre los distintos estamentos del sistema sanitario público, que posiblemente proviene de una deficiente comunicación, una brecha que en la actual situación parece insalvable, además de que, como se ha señalado, la estructura burocrática actual no permite incentivos alineados adecuadamente con las metas, como se demostró repetidamente con el intento fallido en tal sentido de la carrera profesional.

Hemos incluido en esta entrega un examen de la interacción entre el sistema sanitario y el sistema social, de atención a los ancianos principalmente, pero también a otros colectivos necesitados de asistencia no específicamente sanitaria debido a sus condiciones sociales.

Ese análisis es importante porque no se puede gestionar el sistema sanitario sin tener en cuenta cómo y qué prestaciones dan los servicios sociales. En España, y en Asturias, el primero ha logrado un desarrollo que nada tiene que envidiar a los mejores, sin embargo, el sistema asistencia social está aun insuficientemente desarrollado como puede deducirse de las inversiones que recibe.

Efectivamente, estamos, según datos de la OECD, entre los países que menor proporción del gasto empleamos en residencias de larga estancia, una necesidad imperiosa para el sistema sanitario público en una sociedad cada día más envejecida y con más problemas de pacientes crónicos que precisan una asistencia fundamentalmente de enfermería y cuidados. Como ejemplo, mientras en Dinamarca se gastaban más de 700 dólares per cápita y año en 2006 en residencias de larga estancia y geriátricos y 1868 en cuidados de agudos, aquí únicamente gastamos 200 dólares per capita y año en cuidados a crónicos y 1332 en agudos. Es cierto que el crecimiento del gasto en España es más rápido que el danés en términos relativos, pero también es que parte de lugares más bajos. Seguramente la crisis económica obligará a realizar debates en profundidad para abordar esta cuestión, que no obstante la obvia y evidente escasez de medios de las administraciones publicas españolas en general y de la asturiana en particular, conviene poner de manifiesto para, si es el caso, tratar de ordenar o de reordenar recursos en una dirección adecuada.

*JUAN LUIS RODRÍGUEZ-VIGIL RUBIO
MARTÍN CAICOYA GÓMEZ-MORÁN*

SEGUNDO SIMPOSIUM
LA GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

***“LA RESPONSABILIDAD DEL ORGANISMO GESTOR CENTRAL:
DEFINICIÓN DE OBJETIVOS, METAS Y MÉTODOS:
SISTEMAS DE CONTROL DE LOGROS”***

PALOMA ALONSO

Gerente de Globesalud

Ex-Subdirectora General de Atención Especializa del INSALUD

23 DE FEBRERO DE 2009

CONFERENCIA

Introducción y Contexto

La Sanidad Asturiana se enfrenta a importantes desafíos:

- La implantación de un modelo de gestión clínica que fomente:

- La integración de cuidados y coordinación entre niveles asistenciales.
- La incorporación de los profesionales a la gestión de los recursos que utilizan en la práctica clínica diaria.
- La aplicación del conocimiento basado en pruebas científicas al proceso asistencial.

- La mejora de la equidad en el acceso de la población a la atención primaria en horario vespertino, como consecuencia de la organización « centrada en el paciente » que propugna la gestión clínica.

- **El traslado y próxima apertura del Hospital Universitario Central de Asturias**, centro emblemático, de referencia asistencial, docente e investigadora para toda la Comunidad.

El marco descrito representa una inigualable oportunidad para llevar a cabo un proyecto de « red » de servicios de salud basado en la gestión clínica que priorice:

- **La atención a aquellas patologías que representan mayor número de años de calidad de vida perdidos**, a través de la actualización y evaluación de los resultados alcanzados en los objetivos del plan de salud 2004-2007 y de los estudios relacionados.

- **Determinar la cartera de servicios actual y futura que precisa el SESPA**, para hacer frente a la patología más prioritaria

- **El establecimiento de un plan de inversiones para los próximos años que priorice aquellas acciones que completen la oferta** que se requiere para la resolución de las enfermedades más destacadas.

- **El establecimiento de sinergias entre las distintas instituciones y niveles asistenciales** que constituyen el Servicio de Salud del Principado, a través de nuevas fórmulas de organización y funcionamiento que mejoren la calidad de la atención y motiven a los profesionales.

- **La patología que presenta mayor variabilidad de la práctica clínica**, alto consumo de recursos o riesgos potenciales para la seguridad del paciente.

Diagnóstico de Situación

Comenzaré por hacer un diagnóstico de la Sanidad Asturiana y dar unas ligeras pautas de lo que considero que debería de ser, una reordenación de los objetivos que tiene planteados el Principado, si es que verdaderamente hace falta, para que después la Dra Moral aplique el tratamiento. Para dar pie a su exposición finalizaré con algunas pinceladas sobre la gestión clínica, por ser un tema candente de gran relevancia en estos momentos en el Principado.

Como recordaréis el enfoque en el que se fundamentan los contratos de gestión se recoge en el esquema de la página siguiente.



Antes del contrato de gestión, el presupuesto de los centros se basaba en el gasto histórico. La actividad y el presupuesto estaban completamente diferenciados, sin relación alguna entre ellos. La filosofía del contrato de gestión, aunque luego se fue desvirtuando, se fundamentaba en satisfacer las necesidades de salud de la población, recogidas en su plan de salud, de modo que los centros sanitarios debían orientar los servicios que proveen a la resolución de esas necesidades objetivadas. El papel de la autoridad sanitaria consiste en regular mediante los contratos que las instituciones sanitarias (atención primaria, especializada y el sector socio-sanitario que espero se sume en breve para conseguir una auténtica integración de cuidados) primen aquella actividad dirigida a solventar los problemas de salud y la relacionen con una asignación determinada de presupuesto.

Y en este esquema como se engarzan los clínicos, porque aquí no nos podemos olvidar que quien toma las decisiones últimas de la práctica clínica y por ende de la asignación de los recursos son los profesionales sanitarios, los que están en relación con el enfermo. Ellos adoptan aproximadamente el 70% de las decisiones del gasto sanitario. Por tanto, se

trata de converger las necesidades de salud de la población con la actividad que tienen que llevar a cabo nuestros centros sanitarios y sobre todo con bajar a la arena, cómo los profesionales de los servicios clínicos y los centros se organizan funcionalmente para proporcionar una atención “centrada” en el paciente. El éxito consiste en que la autoridad sanitaria arbitre medidas a través del contrato de gestión para que confluya la actividad que los centros y los clínicos desean realizar con aquella que verdaderamente la población precisa.

En el siguiente gráfico se presenta de forma sucinta la crisis de los estados de bienestar que permite guiar el diagnóstico de situación del Principado:



La crisis financiera y de racionalidad en esta exposición se revisaron desde la perspectiva del **gasto sanitario, la oferta y la utilización de los servicios sanitario**, para analizar como se comportan y valorar si son acordes con las necesidades de salud de los asturianos. La crisis de legitimidad, desde la respuesta a las expectativas de la población por **ser los ciudadanos los auténticos protagonistas del Sistema sanitario**. Cada día la ciudadanía está mejor informada, es más exigente y tiende a la autogestión de sus trámites (al igual que en el resto de los servicios como los bancos o las compañías aéreas)

Con relación a este último **punto ¿Están satisfechos los asturianos con sus servicios sanitarios? Si, mucho**, a tenor de los

resultados publicados, en los últimos años, en el barómetro sanitario. Asturias es la única Comunidad que presenta valores superiores a 7 todos los años y la mejor valorada desde 2004.

En general, ¿está Ud. satisfecho o insatisfecho con el modo en que el sistema sanitario público funciona en España? 1 muy insatisfecho y el 10 muy satisfecho							
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Andalucía	5,52	5,81	5,98	6,14	6,07	6,32	6,30
Aragón	6,40	6,51	6,23	6,41	6,72	6,87	6,68
Asturias	7,28	7,11	7,40	7,26	7,35	7,43	7,08
Baleares	5,98	5,79	6,05	5,83	6,59	6,66	6,48
Canarias	5,45	5,34	5,60	5,37	5,42	5,15	5,44
Cantabria	6,20	5,92	6,30	6,33	6,70	6,47	6,25
Castilla-la Mancha	6,14	6,21	6,62	6,61	6,29	6,42	6,21
Castilla-León	6,13	6,38	6,15	6,40	6,40	6,64	6,81
Cataluña	5,93	5,81	6,09	5,96	6,18	6,02	6,19
Com. Valenciana	6,15	6,27	6,06	6,12	6,18	6,36	6,21
Extremadura	5,68	5,90	6,16	6,30	6,15	6,14	6,17
Galicia	5,40	5,62	5,41	5,56	5,52	5,85	5,87
Madrid	5,79	5,81	5,92	6,10	6,29	6,23	6,23
Murcia	5,74	6,34	6,31	6,01	6,27	5,94	6,12
Navarra	6,97	7,19	7,20	6,71	6,59	6,82	7,01
País Vasco	6,81	7,15	6,80	6,51	6,83	6,48	6,72
Rioja	6,58	6,48	6,76	6,56	6,97	6,98	6,93
TOTAL	5,94	6,05	6,12	6,14	6,23	6,27	6,29

Sin embargo, es curioso que el porcentaje de los que consideran que se gestiona mejor desde que las competencias están tansferidas a la Comunidad Autónoma es el más bajo de toda España. Cabe preguntar el porqué.

Porcentaje de encuestados que cree que las Comunidades Autónomas gestionan mejor que el Estado							
	2002,0	2003,0	2004,0	2005,0	2006,0	2007,0	2008,0
Andalucía	30,2	28,7	22,2	29,0	31,0	27,5	37,3
Aragón	0,0	22,2	19,4	17,0	22,7	19,9	19,1
Asturias	0,0	30,9	6,4	9,8	6,2	15,2	10,3
Baleares	0,0	30,0	20,3	31,2	35,2	30,0	23,8
Canarias	23,9	25,7	24,6	24,0	25,6	26,9	22,6
Cantabria	0,0	18,8	23,1	25,4	27,5	27,6	28,5
Castilla-la Mancha	0,0	26,8	25,1	29,0	34,4	29,4	29,0
Castilla-León	0,0	20,7	17,2	17,4	22,7	14,7	21,0
Cataluña	45,1	42,7	42,7	39,7	45,6	37,3	40,8
Com. Valenciana	41,5	36,3	30,2	25,8	31,6	35,7	26,4
Extremadura	0,0	32,5	26,4	26,9	19,2	25,1	24,3
Galicia	23,0	24,4	19,6	25,6	30,6	26,0	24,0
Madrid	0,0	28,6	25,8	29,6	32,2	29,7	18,6
Murcia	0,0	18,2	14,0	19,3	18,6	22,8	14,2
Navarra	57,2	67,7	63,9	54,3	65,3	65,4	65,9
País Vasco	60,4	58,7	66,6	58,9	57,7	56,2	57,1
Rioja	0,0	16,7	10,5	29,6	30,0	32,7	23,2
TOTAL	38,0	32,3	28,7	29,9	33,3	30,8	30,0

La alta satisfacción de los ciudadanos entraña una nueva **pregunta** **¿Es posible que convivan estos elevados índices de satisfacción de la ciudadanía con un cierto descontento de los profesionales? ¿Es factible en una relación de agencia (médico-paciente) como la que tiene lugar en nuestro sector?** Curiosamente llevamos a cabo multitud de encuestas de satisfacción que miden el nivel de valoración de los ciudadanos: tales como el barómetro sanitario, los estudios periódicos que recaban la opinión de los pacientes en atención primaria y especializada... Sin embargo, **¿Cuántos hacemos sobre la motivación y grado de satisfacción de los profesionales sanitarios?** **Muy pocos**, a pesar de ser los verdaderos agentes de la atención que se brinda. **En Asturias, solo se han localizado dos:** uno del año 1999 de atención primaria de Oliveira y uno posterior en 2005, que se presentó en el congreso de economía de la salud.

Motivación Profesional

- Los médicos asturianos presentan una alta satisfacción intrínseca y trascendente: > 4/5 y una motivación extrínseca baja (2).
- La MI y trascendente es menor en mujeres, en AP y similar en público y privada, aunque superior la ME en la pública.
- La compensación intrínseca es media aunque mayor en AE mientras que trascendente y extrínseca es superior en AP.
- La dedicación es alta, en torno a 4 y mayor en AE.

Puede extrapolarse que se presta poquísima la importancia a ese factor. Parece que se trata de un punto negro y nuestra propuesta para el futuro sería **realizar en esta Comunidad encuestas de la satisfacción de los profesionales y arbitrar actuaciones que mejoren aquellas áreas peor evaluadas**. No basta con medir, hay que implantar acciones que corrijan los aspectos peor valorados.

En este momento, en Asturias, se plantea una oportunidad inigualable para involucrar a los profesionales y hacerles copartícipes de las decisiones, hecho que genera motivación. Se trata del proyecto de gestión clínica al que hay que añadir el traslado y apertura del nuevo Hospital Central de Asturias. Ambos pueden actuar de punta de lanza para

diseñar un nuevo modelo de organización y funcionamiento, no sólo del HUCA y de su área de influencia, sino de toda la red sanitaria del Principado Asturias. En esta línea argumental ¿ Cuantos profesionales pertenecientes a Hospitales que han sido objeto de un cambio de sede tales como el Hospital Río Hortega de Valladolid, o de puerta de Hierro a Majadahonda, les han preguntado qué modelo de organización propondrían en el nuevo centro, que cuestiones eludirían o modificarían de su funcionamiento actual o, más aún, tras la apertura del Hospital, se ha recabado si consideran adecuado el diseño arquitectónico de la nueva infraestructura, de la concepción de los espacios o en sus instalaciones, las relaciones funcionales de los servicios si creen que para futuros centros se debería de cambiar algún tema concreto. No se ha localizado ningún estudio español que contemple la opinión de los profesionales de salud sobre la configuración del edificio hospitalario tras la apertura. Si embargo, seria muy importante para la elaboración de planes funcionales y la confección del proyecto arquitectónico extraer “lecciones aprendidas” de aquellos que desempeñan diariamente su labor en estas nuevas estructuras físicas.

Por retomar el tema del diagnóstico de situación de los servicios de salud del Principado, se han analizado las necesidades de la población asturiana, a través de diversas fuentes de datos, entre ellas:

Por retomar el tema del diagnóstico de situación de los servicios de salud del Principado, se han analizado las necesidades de la población asturiana, a través de diversas fuentes de datos, entre ellas:

Del plan de salud vigente y del estudio de mortalidad publicado por la Consejería, se deduce que **Asturias tiene unas tasas muy favorables de mortalidad en infancia, adolescencia, jóvenes menores de 25 años y en mujeres entre 55 y 75 años. Muy desfavorables en hombres entre 25 y 55 años.** Existe una estrategia de prevención de riesgos para evitar determinados hábitos como el alcoholismo, el tabaquismo, la drogadicción, o de determinadas enfermedades como el SIDA. **La mortalidad en esta Región por accidentes de tráfico, infarto agudo de miocardio, suicidio, cirrosis, cáncer de pulmón y de mama, es más alta** que la media española

Este estudio de mortalidad hace una comparación muy interesante con las mejores tasas de otras CC.AA. De cada patología que el Principado arroja peores tasas, se establece un benchmarking de comparación con la

región mejor situada, con el fin de analizar las medidas que ha implantado esa otra región que le han permitido conseguir mejores resultados.

Los asturianos presentan un alto grado de envejecimiento y una población en regresión. En el estudio del gasto sanitario del 2007, del Ministerio de Sanidad y Consumo, el **Principado es la única región cuya población decrece** y una de las tres CC.AA. más envejecidas, tras Castilla y León, y Aragón. Asturias está en el entorno de un 22% de población mayor de 65 años y un 9%, de mayores de 75 (indicador más sensible de determinación de necesidades). Solo Castilla y León supera ese porcentaje (13%). Este factor debería estar presente a la hora de planificar actuaciones, de proyectar nuevos centros (cuidados de media y larga estancia) y de adecuar las carteras de servicios de las instituciones sanitarias existentes.

En este marco, la agencia de evaluación de las tecnologías sanitarias de esta región que comenzó su andadura hace 2 o 3 años, puede dar mucho apoyo a la autoridad sanitaria en el desarrollo de programas coste efectivos dirigidos a potenciar determinadas actividades que resuelvan las necesidades propias de los problemas de salud que plantea el envejecimiento. Hay que plantear que actuaciones sanitarias debemos de financiar y cual no, En la siguiente tabla se muestra un estudio de QALYs es decir del coste que representa cada año de calidad de vida ganados con una intervención sanitaria concreta.

PLAN DE SALUD	
. Tratamiento o Estrategia	Coste por AVAC
Determinación del colesterol y tratamiento con dieta ^(D2)	220 (RU,90)
Neurocirugía por trauma craneal ^(D2)	240 (RU,90)
Consejo médico para dejar de fumar ^(D2)	270 (RU,90)
Neurocirugía por hemorragia subaracnoidea ^(D2)	490 (RU,90)
Tratamiento antihipertensivo (adultos de 45 a 64 años) ^(D2)	940 (RU,90)
Implante de marcapasos cardíaco ^(D2)	1.100 (RU,90)
Implante de prótesis de cadera ^(D2)	1.180 (RU,90)
Implante de prótesis valvular por estenosis aórtica ^(D2)	1.140 (RU,90)
Determinación colesterol y tratamiento con estatinas (>49 años) ^(D3)	22.900 (EE.UU.,96)
Determinación colesterol y tratado con estatinas (entre 25 y 39 años) ^(D3)	87.300 (EEUU,96)
Cirugía coronaria revascularizadora (enf. 3 vasos o tronco CI) ^(D3)	40.700 (EEUU,96)
Cirugía reparadora aneurisma de aorta abdominal ^(D3)	21.200 (EEUU,96)

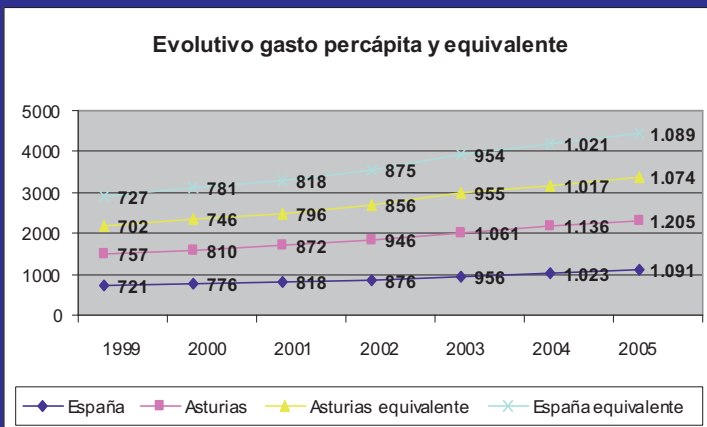
Coronariografía sistemática: angor atípico (varones 50 – 59 años) (*)^(D3)	89.000 (EEUU,96)
ECG esfuerzo: dolor torácico inespecífico (varones 50 – 59 a) (*)^(D3)	68.400 (EEUU,96)
Coronariogr sist :dolor torácico inespecífico (varones 50 – 59 a) (*)^(D3)	584.500 (EEUU,96)
Trasplante renal ^(D2)	4.710 (RU,90)
Detección del cáncer de mama en la población sana ^(D2)	5.780 (RU,90)
Trasplante cardíaco ^(D2)	7.840 (RU,90)
Diálisis continua peritoneal domiciliaria ^(D2)	19.870 (RU,90)
Hemodiálisis hospitalaria ^(D2)	21.970 (RU,90)
Eritropoyetina por anemia (pacientes en diálisis)^{(**) ^(D2)}	54.380 (RU,90)
Neurocirugía por tumores malignos intracraneales ^(D2)	107.780 (RU,90)

La determinación del colesterol y el tratamiento con dieta de la hipercolesterolemia, o el consejo anti-tabáquico suponen un coste de 270 euros por año de vida ganado. Son actuaciones sencillas de bajo importe que llevan aparejado un gran beneficio. Es también el caso del cinturón de seguridad, cualquier campaña en cinturón de seguridad cuesta muy poco dinero y en cambio el número de años de calidad de vida ganados para una determinada población es muy alto. En el otro extremo se sitúan procedimientos como la neurocirugía para tumores malignos intracraneales o los trasplantes hepáticos, cuyo coste por año de vida ganado es muy elevado. Este modelo de evaluación de las intervenciones debería ser instaurado para la planificación de aquellas medidas más coste-efectivas para resolver las necesidades de salud de la población. Cabe formular una pregunta **¿está orientándose la sanidad asturiana a la inclusión del consejo antitabáquico, el consejo dietético, dentro de las carteras de servicios de sus centros, incluye como objetivo de cobertura poblacional estas actuaciones en los contratos de gestión, evalúa y financia a sus instituciones por su realización? ¿Diseña actividades multilaterales con otras consejerías e instituciones como tráfico o transporte para**

impulsar el uso del cinturón de seguridad o con el sector de la industria de la alimentación para promover una nutrición sana?

En segundo lugar se ha analizado la financiación y oferta de Servicios que proporciona esta Comunidad Autónoma a sus ciudadanos. **Con relación al gasto sanitario per cápita** (medido por tarjeta sanitaria), **Asturias aparentemente está por encima de la media española** (1205 frente a 1091)

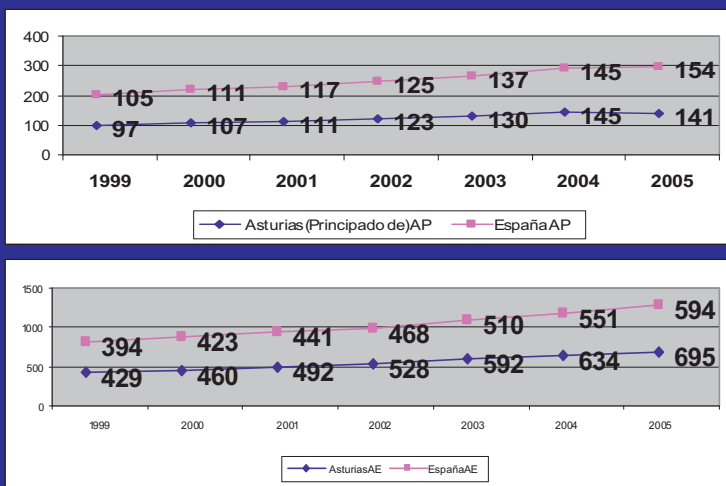
Oferta: Gasto Sanitario



Sin embargo, **si se realiza por persona equivalente o percápita corregido por edad**, tal y como se describe en el estudio de gasto del MSC antes citado, donde se pondera los recursos que consumen por 7 de grupos de edad, de modo que los que más coste representan son los tramos de de 0 a 4 y, los mayores de 85, de 74 a 85 y de 65 a 74 **la situación en Asturias varía**. En lugar de localizarse por encima de la media española **se sitúa ligeramente por debajo (1.074 frente a 1.089)**. Por tanto, hay un cambio ostensible si se considera la edad y se corrige el per cápita por este factor.

Y que sucede con el gasto sanitario en Atención Primaria y Especializada?

Oferta: Gasto Sanitario AP y AE

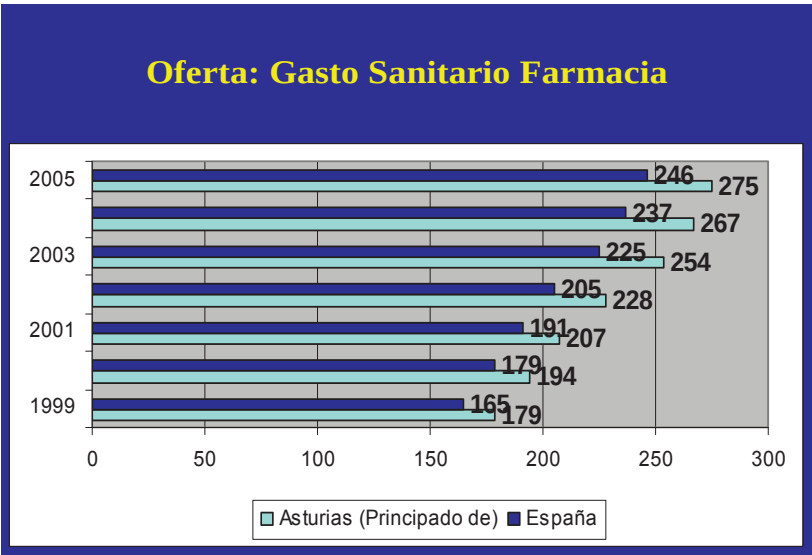


Los datos sorprenden en cierta medida. Asturias fue pionera en los años 80 en la reordenación territorial de la oferta de servicios de salud mediante la elaboración del mapa sanitario y la reforma e implantación de un nuevo modelo de Atención Primaria. Sin embargo, en la actualidad **el gasto per cápita en Asturias se sitúa por debajo de la media española** (141 euros frente a 154 euros) calculado por tarjeta sanitaria. **Este ratio todavía descendería más si se efectuara por persona equivalente**, considerando los grupos de edad por el envejecimiento.

¿Qué sucede con la Atención Especializada? Justamente al revés. Ascende a 695 euros en Asturias frente a 594 euros para el resto de España. Aparentemente aunque una de las líneas maestras se centra en potenciar la atención primaria frente a la especializada, por su papel más preventivo que curativo y por el abordaje más importante que supone para el seguimiento longitudinal de la patología crónica, en términos de financiación la realidad es otra. En efecto, en el seguimiento del periodo

1999 a 2006, se observa, que a excepción del año 2004 que se equiparó el gasto per cápita en atención primaria a la media de España, en los restantes años siempre se localiza por debajo. Por el contrario en Atención Especializada siempre se ha situado por encima de la media española. **¿No debería revisarse este desbalance entre la estrategia planificada y la ejecutada?**

Otro concepto del gasto sanitario en el que Asturias presenta valores más altos que la media española es el farmacéutico. Este ratio debería ser también corregido por persona equivalente, puesto los pensionistas gastan aproximadamente siete veces más que una persona activa. Aquí sería muy importante llevar a cabo esa distinción.



Con relación a la oferta de Atención Primaria Asturias presenta una gran dispersión geográfica poblacional que debe ser considerada en el análisis comparativo por ser un factor diferencial con respecto a otras CCAA, que justificaría un mayor número de tarjetas asignadas por profesional sanitario. Sin embargo, así como **el número de tarjetas sanitarias asignadas a cada pediatra o enfermeras se encuentra por debajo de la media española** (768 y 1.545 frente a 1.039 y 1.658 de la media española) **en los médicos de familia se sitúa por encima.**

Oferta Atención Primaria

	Médico F	Pediatra	Enfermería
Máximo	2163	2050	3194
Mínimo	657	424	914
Media	1426	1039	1658
Asturias	1487	768	1545

< 500	501-1000	1001-1500	1501-2000	>2000
12	75	155	404	9

En Asturias un médico de familia tiene asignadas 1.487 tarjetas sanitarias, mientras que la media española está por debajo en 1426, con un máximo de 2.163 y un mínimo de 657. Además si se analiza por tramos la distribución de las tarjetas sanitarias por médicos de familia, en Asturias, 75 médicos tienen asignadas entre 501 y 1.000 tarjetas sanitarias, 155 entre 1.001 y 1.500 , 404 entre 1.500 y 2.000, y 3 mas de 2000. Puede ser que 2163 tarjetas por médico que aparece como máximo valor de la tabla española, corresponda a un médico de familia asturiano.

Si se tratara en esta región de una población urbana y de alta densidad como sucede en Madrid o con una alta tasa de aseguramiento privado sería explicable. A esto hay que añadir que contrasta totalmente con los ratios de las otras dos categorías profesionales citadas que sí parece que tienen en cuenta la dispersión. Más aún cuando en una población envejecida y aunque la oferta tarde en adaptarse a la demanda los ratios de pediatra son muy superiores a la media española. **¿No sería más aconsejable que dado que la población se encuentra en regresión y lo que aumenta es el envejecimiento fuera el indicador de médicos de familia el que se elevara por encima de la media?** Una explicación parcial a este tema

puede ser que la enfermería asume el papel de gestor de casos de enfermedades crónicas y de clasificación de la demanda. Aún así y ligado a los otros dos aspectos mencionados gasto farmacéutico y en atención especializada más elevado que la media e inferior en atención primaria parece conveniente revisar la asignación de recursos Hay que plantearse si el origen del elevado gasto en los dos primeros no esta relacionado con el segundo y con un mayor número de tarjetas por médico de familia. Como son difíciles las reconversiones y desaconsejadas las actuaciones cortoplacistas, no se trataría de reducir pediatras sino de **dirigir las nuevas acciones a incrementar los médicos de familia** e incluso los geriatras para adecuar los recursos a las necesidades.

Con relación a **la frecuentación por 1.000 habitantes en Atención Primaria**, en 2008, el Principado, **se sitúa prácticamente en la media nacional**. Con un porcentaje de **visitas domiciliarias por médico de familia**, similar a la media aunque **más alto en mayores de 65 años**. Por el contrario es inferior en enfermería, sobre todo con relación a los mayores de 65 años (hecho que no favorece el seguimiento de enfermos crónicos).

Indicadores de Utilización en Atención Primaria		
Frecuentación por 1000 habitantes	Asturias (Principado de)	Total Nacional
Médico Familia	7	6,6
Pediatra	6,3	6
Enfermera	5,5	5,1
% Domicilios Médico Familia	1,2	1,4
% Domicilios Enfermera	5,4	7
% Domicilios Médico Familia > 65 años	82%	78%
% Domicilios Enfermera >65 años	68%	83%

Con relación a la oferta de Atención Especializada, Asturias muestra **mayor número de camas por 1.000 habitantes que la media**, con mayor porcentaje de camas públicas. Al igual sucede con los **quirófanos y las plazas en el Hospital de día que se sitúan en un ratio más elevado en los públicos**, con un ratio total similar a la media nacional.

Con relación al personal, **el Principado muestra ratios más altos globales en médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería y menores en matronas por 1000 mujeres en edad fértil y en médicos internos residentes.**

Recursos de Atención Especializada por 1.000 habitantes		
	Asturias (Principado de)	Total Nacional
Recursos físicos por 1.000 habitantes		
Camas funcionantes Públicas	2,99	2,34
Camas funcionantes Totales	3,63	3,27
Quirófanos funcionantes Público	6,42	5,8
Quirófanos funcionantes Total	8,6	8,6
Plazas Hospital Día Público	0,26	0,18
Plazas Hospital Día Total	0,26	0,26
Personal por 1.000 habitantes		
Total	12,7	11,5
Médicos	2,05	1,7
Enfermeras	3,13	2,93
Auxiliares de Enfermería	2,74	2,47
Matronas (1.000 mujeres edad fértil)	0,28	0,32
Médicos Internos Residentes	0,33	0,37

Con relación a los **indicadores de utilización y frecuentación de los recursos de Atención Especializada por 1.000 habitantes se aprecia un mayor número de ingresos, estancias** que la media nacional. Una posible explicación radica en la mayor oferta de de camas y en el incremento de la patología crónica propia del envejecimiento. También el envejecimiento e incluso el menor número de médicos de familia y un ratio más elevado de especialistas, pueden conllevar un **ratio superior de consultas externas por 1000 habitantes**, con un ligero mayor porcentaje de consultas sucesivas.

Indicadores de Utilización en Atención Especializada		
Frecuentación por 1000 habitantes	Asturias (Principado de)	Total Nacional
Consultas totales	1977	1718
En Hospitales públicos	90%	86%
% de Consultas Primeras	32%	34%
Urgencias	472,3	565,3
% Urgencias ingresadas	16,04	10,5
Ingresos	125	118
% Presión de Urgencias	62%	52,40%
Estancias	1.069	956,00
Partos por 1000 mujer en edad fértil	31,1	43,2
% Cesáreas	21,8	25,4
Intervenciones Quirúrgicas	85,4	99,2
% públicos	74,3	68
% Hospitalización	51%	53%
%CMA	37%	26%
Tasa Ambulatorización públicos	37%	36%
Tasa Ambulatorización privados	54,4	28,2
% Intervenciones ambulatorias menores	10,10%	23%

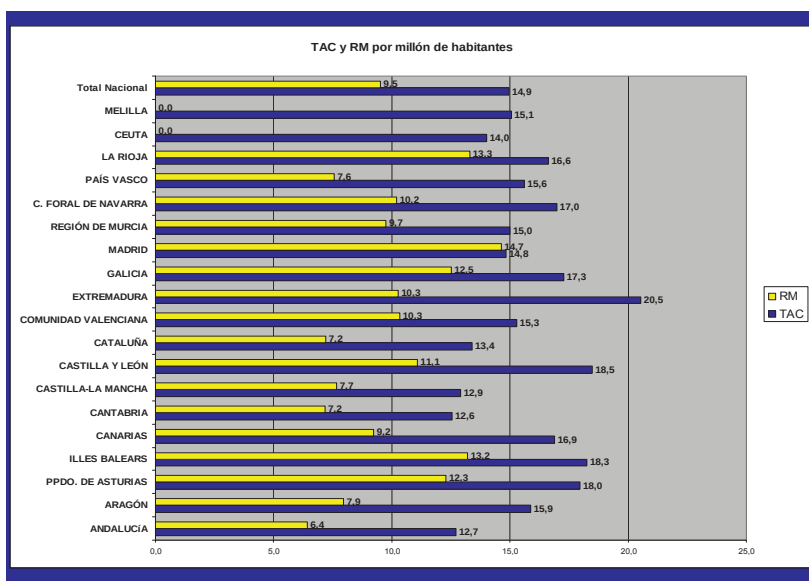
Por el contrario, **el número de urgencias por 1.000 habitantes es menor**. Sin embargo **el % de urgencias ingresadas y la presión de urgencias son más elevadas**. ¿Puede estar esto relacionado con un **menor número de intervenciones quirúrgicas por 1.000 habitantes que la media española**, al reducirse la actividad programada, aunque el número de quirófanos se encontraba en la media? Esta circunstancia sumada a que persisten listas de espera quirúrgicas, debe ser analizada para comprobar si el rendimiento de los quirófanos es menor al esperado. Otra explicación puede ser que las intervenciones ambulatorias menores representan un porcentaje muy inferior a la media nacional. **Un factor importante a la hora de analizar las listas de espera es el alto porcentaje de entradas que presenta Asturias por 1.000 habitantes con relación a la media nacional** (62 frente a 39). Si bien este ratio más alto puede ser debido al envejecimiento precisa ser analizado y valorar la realización de protocolos clínicos de inclusión. Por el contrario la demora media para los procesos más frecuentes es menor en Asturias que en la media española.

Demanda: Demanda insatisfecha						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Entradas	55.580	59.739	61.055	63.817	65.795	68.302
Pacientes	13.480	14.085	14.273	14.868	14.866	15.263
< 180	266	605	315	207	52	0
	62,6	70,1	64	63,9	64,1	62,8
	Catarata	Prótesis cadera	Artroscopia	Hernia I.	Varices	
Asturias	58	75	66	67	62	
SNS	62	97	85	71	83	

Merece la pena destacar que **la tasa de cirugía mayor ambulatoria es ligeramente mayor que en la media nacional, sobre todo en los hospitales privados** que representa prácticamente el doble que la media nacional, mientras que en los públicos es similar.

El número de partos por mujer en edad fértil es muy inferior a la media, quizá relacionado con una menor inmigración de mujeres extranjeras a Asturias. **El porcentaje de cesáreas también se sitúa por debajo de la media.**

Con relación a la **oferta de alta tecnología y a su utilización** en los siguientes gráficos se muestra el número de equipos por millón de habitantes, existentes en Asturias y el número de estudios efectuados con ellos. Este factor es relevante por ser uno de los **parámetros que más influyen en el crecimiento del gasto sanitario.**

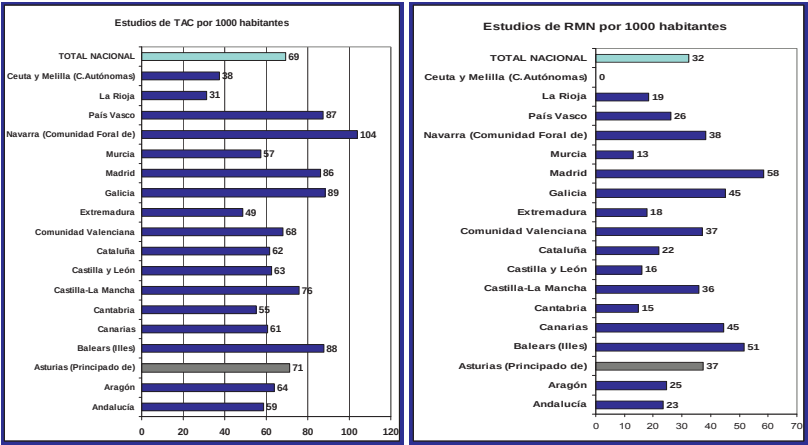


El Principado presenta tasas más altas que la media española de aparatos de Tomografía Axial Computarizada (TAC) y Resonancia Magnética Nuclear (RMN). Existe una posible explicación histórica. Asturias fue una de las primeras CC.AA. que tuvo un Hospital, para cada una de sus áreas sanitarias, para incrementar la equidad en el acceso de la población a una atención especializada de calidad. Uno puede preguntarse ¿tenía sentido el Hospital o un centro de alta resolución en Jarrio?, La respuesta es sí. Las isócronas, es decir el tiempo que tardaba la población en llegar al hospital más próximo en un medio de transporte público y a horas

punta. El problema era si ese centro requería un determinado tipo de equipo de alta tecnología considerando criterios objetivos de planificación y ordenación de los recursos. Actualmente con la imagen digital si parece oportuno porque el estudio puede ser informado por un radiólogo sin que requiera su presencia física. En la actualidad la imagen al igual que la muestra de laboratorio “viaja”. Esto permite la centralización de la elaboración del informe en un único servicio.

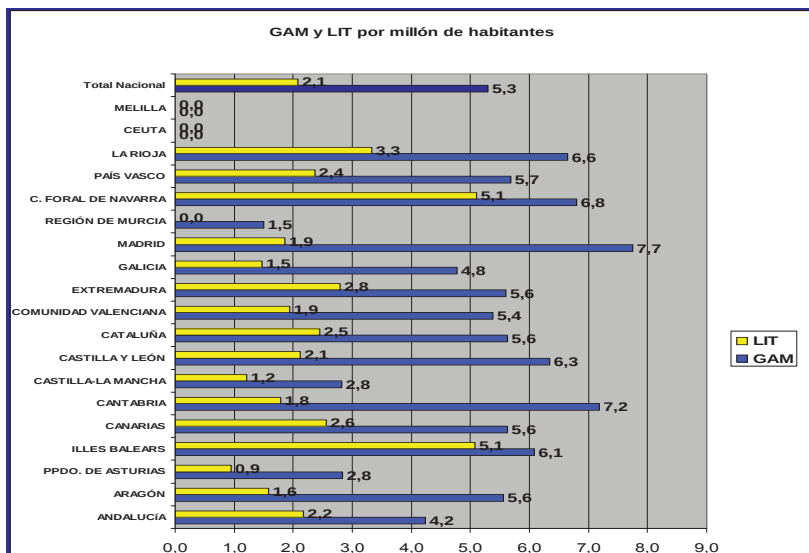
Sin embargo, cuando se inauguró el Hospital asturiano citado, los criterios existentes no aconsejaban su instalación en un centro comarcal. Sin embargo, determinados representantes de los ayuntamientos, optaron por adquirir y donar este tipo de equipos al Hospital situado en su localidad, con independencia de la planificación adoptada. Adicionalmente desde los servicios centrales del INSALUD, en aquella época la sanidad no estaba transferida, exigían un rendimiento por equipo.

Como consecuencia en un estudio de variabilidad publicado por Caicoya y colbs donde se comparaban por CCAA, los ratios de número de tomografías o resonancias efectuadas por 100.000 habitantes, Asturias se posicionaba por encima de la media. En la actualidad, Asturias se sitúa ligeramente por encima de la media, en ambas exploraciones.

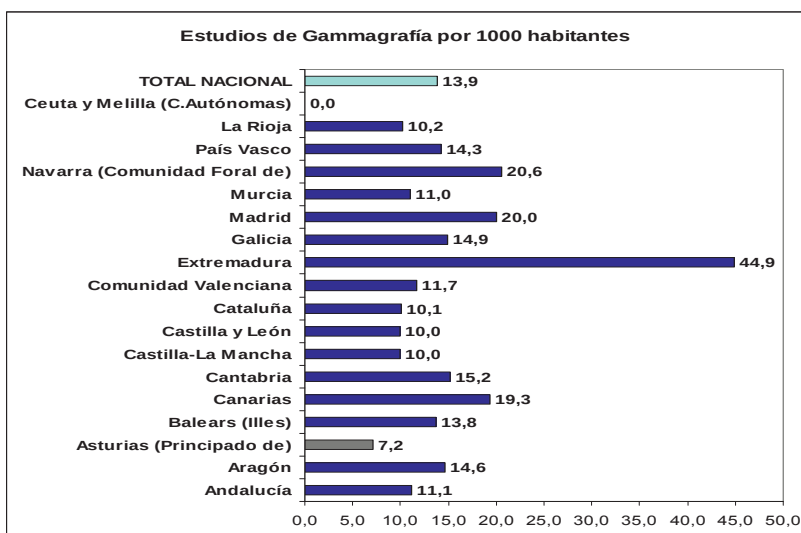


En la actualidad, Asturias se sigue situando ligeramente por encima de la media, en ambas exploraciones.

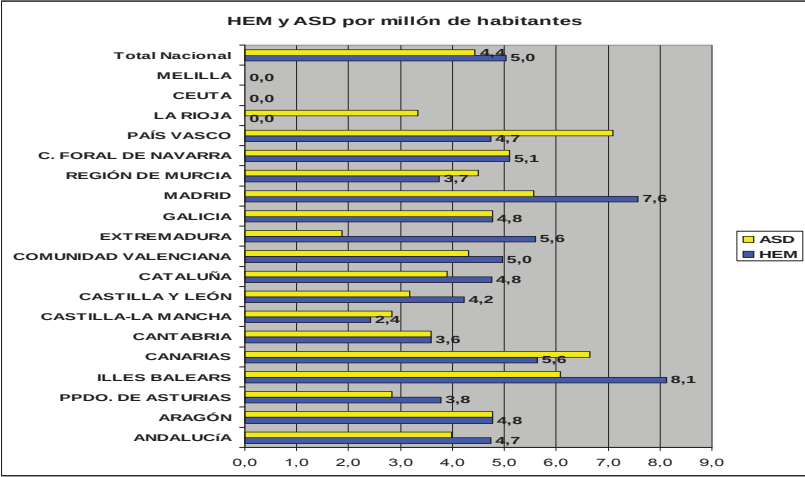
En equipos de Litroticia y Gammacámaras, por 1.000 habitantes, Asturias se encuentra por debajo de la media.



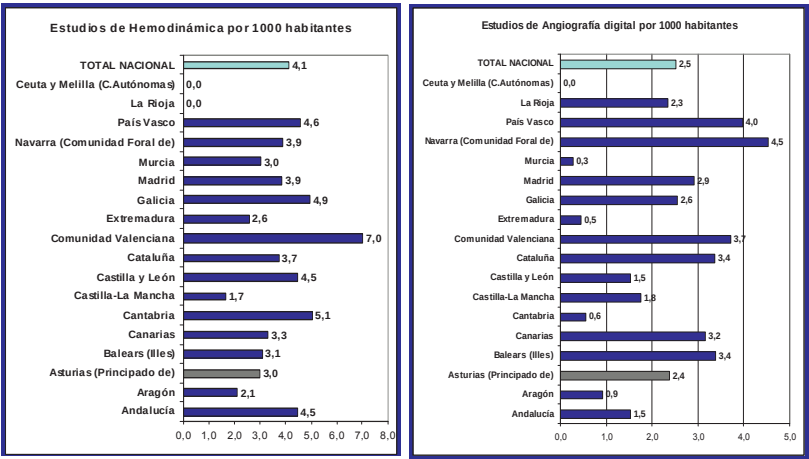
En el Principado el número de estudios efectuados por 1000 habitantes para ambos tipos de estudios es inferior a la media de España.



Con relación a los **equipos de Hemodinámica y angiografía digital**, la dotación del Principado, se localiza en ambos casos en un umbral más bajo que la media española. Este hecho contrasta con la priorización de la atención a la patología cardiaca isquémica, en su plan de salud.

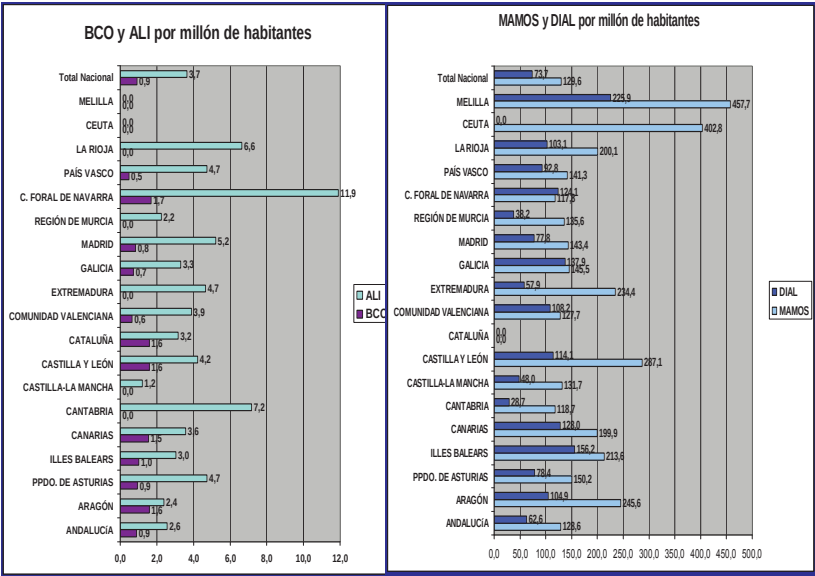


El número de estudios por 1.000 habitantes, de ambos tipos de exploraciones, se sitúa por debajo de las media, fundamentalmente en hemodinámicas por 1000 habitantes (3 frente a 4,1).



Dos estudios uno de Pablo Lázaro y de Mercado sobre la utilización de estas exploraciones, diagnosticas y terapéuticas en las distintas CC.AA. y otro el Atlas de las Variaciones de la práctica clínica que inciden en este tema. En ambos, el Principado presenta ratios inferiores para este tipo de procedimientos. Sería deseable averiguar la razón.

Los equipos de **aceleradores lineales y mamógrafos por 1.000 habitantes, se encuentran en ratios más altos que la media española**, acorde con la priorización de la patología tumoral, en el Plan de Salud. Los equipos de diálisis se sitúan ligeramente por encima de la media.



Las mamografías que están muy por encima de la media, con un programa de cribado del cáncer de mama bien planteado.

Por el contrario, el **número de sesiones de oncología radioterápica y de tratamientos de quimioterapia por 1.000 habitantes, se localizan ligeramente por debajo de la media en el primer caso y en ratios muy inferiores, en el segundo.**

	Radioterapia	Quimioterapia	Rehabilitación	Diálisis
Andalucía	27,99	19,3	445,6	27,9
Aragón	33,64	19,5	657,1	54,7
Asturias (Principado de)	43,68	17,7	812,7	44,0
Baleares (Illes)	63,59	7,3	1748,2	47,7
Canarias	76,95	14,3	635,2	45,9
Cantabria	91,80	20,2	543,9	14,7
Castilla-La Mancha	13,53	15,3	883,7	28,6
Castilla y León	42,66	29,5	885,1	46,5
Cataluña	20,80	29,8	378,6	0,0
Comunidad Valenciana	31,25	23,1	1088,8	42,2
Extremadura	30,48	31,0	315,3	24,1
Galicia	75,10	19,6	463,7	49,5
Madrid	81,86	20,3	650,1	28,5
Murcia	23,74	7,6	611,7	18,2
Navarra (Comunidad Foral de)	93,50	50,5	990,0	57,5
País Vasco	57,60	25,4	1033,8	40,7
La Rioja	18,81	0,0	387,1	34,2
Ceuta y Melilla (C.Autónomas)	0,00	0,0	289,5	73,1
TOTAL NACIONAL	43,95	21,9	666,8	30,5

Sin embargo, cabría esperar un número más elevado porque los tumores son la primera causa de mortalidad en los hombres (sobre todo el de pulmón). Coinciden los hallazgos con un audit. realizado por el Dr. Caicoya se comprobó que tras el diagnostico del cáncer de mama existían unos plazos prolongados para acceder al tratamiento

De confirmarse estos datos procedentes de la base estadística del Ministerio de Sanidad y dado que en **el plan de salud de Asturias se priorizan las enfermedades cardiovasculares y el cáncer se debería revisar en esta Comunidad la dotación tecnológica existente para las primeras y analizar el rendimiento de los aceleradores lineales y el abordaje de la patología tumoral en el segundo.**

CONCLUSIONES

Conclusiones análisis de la oferta

- **Gasto sanitario por persona protegida equivalente situado en la media española, con menor gasto en AP y mayor en AE y farmacia**
- **Mayor número de tarjetas sanitarias por Médico de familia, muy inferior en pediatría, y en enfermería (¿ gestor de casos en enfermedades crónicas?)**
- **Mayor gasto per cápita en farmacia.**
- **Mayor número de camas públicas en funcionamiento, similar en quirófanos y más alto en incubadoras y paritorios.**
- **Mayores número de equipos de alta tecnología diagnósticos y terapéuticos, a excepción de la hemodinámica.**

Conclusiones sobre la utilización

- En Atención primaria frecuentaciones similares a la media española, con mayor porcentaje de visitas domiciliarias por médico de familia a > de 65 años e inferior en enfermería.
- Indicadores de ingresos hospitalarios y consultas de especialistas por 1.000 habitantes por encima de la media, con gran predominio del sector público. Las urgencias hospitalarias se sitúan por debajo de la media pero con un mayor % de urgencias ingresadas y de presión de urgencias que dificulta actividad programada.
- Determinados procedimientos por debajo de la media por ejemplo: intervenciones quirúrgicas totales, hemodinámicas, sesiones de quimioterapia.
- El % de sustitución de la CMA se localiza por encima de la media, sobre todo en el sector privado.
- Estancia media ajustada por IEMA superior a la media con tendencia evolutiva anual muy favorable.
- La demora media para los principales procedimientos quirúrgicos son inferiores a la media, aunque con mayores entradas por 1000 habitantes y tendencia al alza en 2009.

RECOMENDACIONES

Objetivos sobre la oferta

- Plan de refuerzo de la Medicina de Familia, con mayor inversión en este ámbito..
- Aplicación informática para apoyo a la prescripción farmacéutica y receta electrónica conectada con oficina de farmacia.
- Plan de inversiones que tenga en consideración las necesidades de salud y las tendencias de vanguardia organizativas y tecnológicas que incrementan la equidad en el acceso con garantías de volumen de casuística.
- Reordenación de la red aprovechando apertura HUCA.
- Potenciación de camas de media y larga estancia.

Recomendaciones sobre la utilización

- Evaluación y benchmarking con el resto de España y entre hospitales asturianos.
- Revisar el rendimiento quirúrgico, al presentar un número de intervenciones inferior a la media con recursos similares.
- Analizar el alto ratio de entradas en lista de espera quirúrgicas y establecer protocolos clínicos de inclusión, con ponderación de variables
- Proseguir con el análisis de la estadia media ajustada a casuística
- Mapa y « hoja de ruta » de la gestión clínica centrada en los procesos con mayor variabilidad, mayores riesgos, alto consumo de recursos e implicaciones reorganizativas.
- Gestión clínica como concepto de hacer bien aquello que se debe hacer.
- Si financiación por per cápita evaluación para verificar los resultados de salud alcanzados.

Como ejemplo de protocolización de la lista de espera se propone un sistema de ponderación de determinadas variables clínicas que permitan para cada patología determinar con que puntuación se debe incluir en la lista. La prioridad sería clínica y solo en caso de similar baremación se valoraría el tiempo de espera (este sería un segundo factor y no el más relevante).

SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE NUEVA ZELANDA PARA LA PRÓTESIS DE CADERA

Variable	Puntuación máxima posible
Existencia de dolor	20
Nivel de dolor	20
Capacidad para andar	10
Limitaciones funcionales	10
Dolor en el transcurso del examen médico	10
Otros problemas (como deformidad)	10
Otras articulaciones afectadas	10
Capacidad de trabajo y autonomía individual	10
Puntuación Total	100

Fuente: S. Frankel, J. Eachus, N. Pearson, R. Greenwood, P. Chan, T.J. Peters, J. Donovan, G.D. Smith y P. Dieppe, "Population requirement for primary hip-replacement surgery: a cross-sectional study", Lancet, vol. 353, n° 9161, 17 abr 1999.

CRITERIOS DE PRIORIDAD PARA LAS OPERACIONES DE CATARATAS EN NUEVA ZELANDA							
Agudeza visual	6/9 o mejor	6/12	6/18	6/24	6/36	6/60	Cuenta dedos ve movimiento
6/9 o mejor	0	1	2	3	4	5	6
6/12		7	8	9	10	11	12
6/18			14	15	16	17	18
6/24				21	22	23	24
6/36					28	29	30
6/60						35	36
Cuenta dedos, ve movimiento							40

Con relación a la utilización adecuada y por ser un proyecto reciente de gran calado en el Principado, a continuación se exponen algunas **recomendaciones para implantar con éxito el modelo de gestión clínica en el Principado.**

Una de las primeras cuestiones a valorar sería **¿Qué razones tienen los clínicos para abrazar la gestión clínica?** Las razones pueden ser las siguientes:

Argumentos para que clínicos y gestores se adhieran al Modelo de Gestión Clínica

La necesidad de trabajar en equipos multidisciplinares

- El alto grado de especialización que requiere la atención sanitaria
- El envejecimiento de la población y la cronicación de determinadas enfermedades origina pacientes pluripatológicos
- El desarrollo de los conocimientos adquiridos por el profesional, con independencia del tamaño de la institución o del servicio al que se encuentra adscrito.
- La innovación tecnológica
- El gran desarrollo de los sistemas de información

La devolución de la capacidad de decisión a los profesionales clínicos con ampliación del grado de autonomía para asunción progresiva de responsabilidades

**Madurez organizativa
Estado de los sistemas de información**

Prestigio Profesional

- **La necesidad de trabajar en equipos multidisciplinares** que trasciendan la configuración actual de los centros, servicios y unidades para evitar la fragmentación y compartimentación de los cuidados. Varias tendencias emergentes abogan por esta forma de trabajo en las organizaciones sanitarias:

- **El alto grado de especialización que requiere la atención sanitaria**, como consecuencia de un mayor acceso al conocimiento científico y a la constante aparición de técnicas diagnóstico-terapéuticas más complejas. Ambos aspectos determinan que para atender a un paciente se requiera la concurrencia de varios especialistas. Este hecho conduce a un nuevo modelo organizativo que propicie el funcionamiento en red, las sinergias, la complementariedad y la interdependencia entre las distintas unidades, servicios y centros que conforman el SESPA.

- **El envejecimiento de la población y la cronificación de determinadas enfermedades origina pacientes pluripatológicos**, que solicitan atención por un proceso específico pero que padecen enfermedades de base que requieren una visión holística. De ahí, la orientación hacia la troncalidad en la formación postgrado de las especialidades médicas con el objeto de agrupar aquellas afines para la adquisición de competencias comunes en el periodo formativo y sobre ellas asentar posteriormente áreas de capacitación específica. Es decir conviven la superespecialización con la adquisición de conocimientos básicos y genéricos de la medicina. Los modelos organizativos multidisciplinares facilitarían los programas de formación postgrado que actualmente requieren los profesionales.

- **El desarrollo de los conocimientos adquiridos por el profesional, con independencia del tamaño de la institución o del servicio al que se encuentra adscrito**. La creación de equipos multicéntricos para el abordaje de determinadas patologías complejas y de baja incidencia permite el desempeño de las competencias adquiridas a aquellos que, de otro modo, no podrían optar, dada la cartera de servicios de su centro de origen.

- **La innovación tecnológica** que contribuye a favorecer la descentralización de los equipos electromédicos, para acercar el servicio a la población, bajo una misma dependencia funcional que garantiza el trabajo en equipo y la difusión del conocimiento entre pares, generando un entorno laboral mucho más gratificante y motivador. Así mismo y ligado con los aspectos mencionados con anterioridad, la robotización, la

automatización y el grado sofisticación del aparataje promueve nuevas formas organizativas, que benefician al paciente por su abordaje integral y resultan más satisfactorias para los profesionales, como sucede con:

- el laboratorio “core” que integra las pruebas sistemáticas de rutina en una misma área y mantiene islas de superespecialización.

- la organización de un diagnóstico por la imagen con expertos en determinados órganos y sistemas del cuerpo humano, en lugar de expertos en el manejo de un determinado equipo electromédico.

- A esto se añade **el gran desarrollo de los sistemas de información** que permite configurar una historia clínica única para cada ciudadano, con bases de datos compartidas entre todos los responsables de su atención, con independencia de donde se ubique. Todo ello facilita enormemente la continuidad asistencial, el seguimiento del paciente, y el conocimiento en todo momento de cual es su estado de situación, a la par que propicia la comunicación entre los profesionales y el funcionamiento en red.

- **La devolución de la capacidad de decisión a los profesionales clínicos con ampliación del grado de autonomía para asunción progresiva de responsabilidades**, que trasciendan a las cuestiones estrictamente relacionadas con su práctica asistencial. El desarrollo de los sistemas de información clínico-financiera unido al cambio en el concepto de la ética profesional que implica la utilización adecuada de unos recursos sanitarios limitados debe acompañarse de la delegación progresiva de determinadas funciones a los gestores clínicos.

Dentro del marco normativo vigente, una vez establecidas las reglas del juego, el énfasis se centrará en la consecución de los resultados previstos, sin injerencias en la organización, en el funcionamiento, en la gestión y en distribución y utilización de los recursos asignados, competencias todas ellas que se transfieren desde los equipos directivos a los responsables y profesionales clínicos del proyecto.

La delegación de funciones deberá ser progresiva de acuerdo con el nivel de madurez organizativa y el estado de los sistemas de información. Por ejemplo si no existiera una cultura de asignación de un presupuesto a los servicios y unidades de los centros, en el contrato de gestión o los sistemas de información tuvieran un grado de desarrollo insuficiente para determinar los parámetros clínicos o económicos que se requieren, el primer año se podría realizar un “presupuesto y facturación sombra”.

- **El prestigio profesional** que reporta el sentimiento de pertenencia a una organización “acreditada” que es reconocida, entre sus pares, por su “buen hacer”. El cumplimiento de unos requerimientos exigentes que obligan a la organización a una auto-evaluación previa, sustentada en una revisión previa profunda de su situación de partida y de los resultados a alcanzar, junto con la constatación por externos de la consecución de los criterios demandados, supone la inclusión en un “club de excelencia”.

A la motivación que supone la autonomía organizativa y el logro del reconocimiento externo, se suma la posibilidad de la obtención de otro tipo de incentivos: formativos, de capitalización de los servicios y salariales, si se alcanzan los resultados planteados.

Las tendencias actuales de reorganización en los diferentes países abogan por nuevos modelos “centrados en el paciente”:

- **De carácter multidisciplinar**, exigiendo el acuerdo de diferentes organizaciones y, generalmente, trascendiendo el ámbito de la atención especializada para incluir todas las actividades relacionadas con la atención a un determinado tipo de patología.

- **Este tipo de modelos que implican al sector sanitario y también al socio-sanitario** son más difíciles de implantar que las agrupaciones de servicios o unidades de un hospital, al depender de varios gestores e implicar culturas y enfoques diferentes.

- Sin embargo, desde el punto de vista de la efectividad, **los programas que implican a todos los niveles de cuidados parecen ser más efectivos** como se demuestra en los modelos de gestión de casos para enfermedades crónicas.

- **Las lecciones aprendidas de las experiencias internacionales y nacionales de reorganización e integración de cuidados** recomiendan clara **voluntad política, transparencia** en los objetivos del modelo, **transferencia parcial del riesgo a los profesionales** (el exceso de riesgo suele conllevar abandono), **indicadores sencillos y de fácil evaluación** que no impliquen mayor burocracia para los clínicos e **incentivación grupal a la productividad** (la individual al inicio dificulta la integración).

En consonancia con lo anterior, **los modelos de gestión clínica por los que puede optar el SESPA** pueden estar relacionados con:

Servicios o Unidades de un mismo hospital	Integración horizontal circumsrita
Servicios o Unidades de diferentes hospitales	Integración horizontal en red
Dos o más niveles asistenciales	Integración vertical



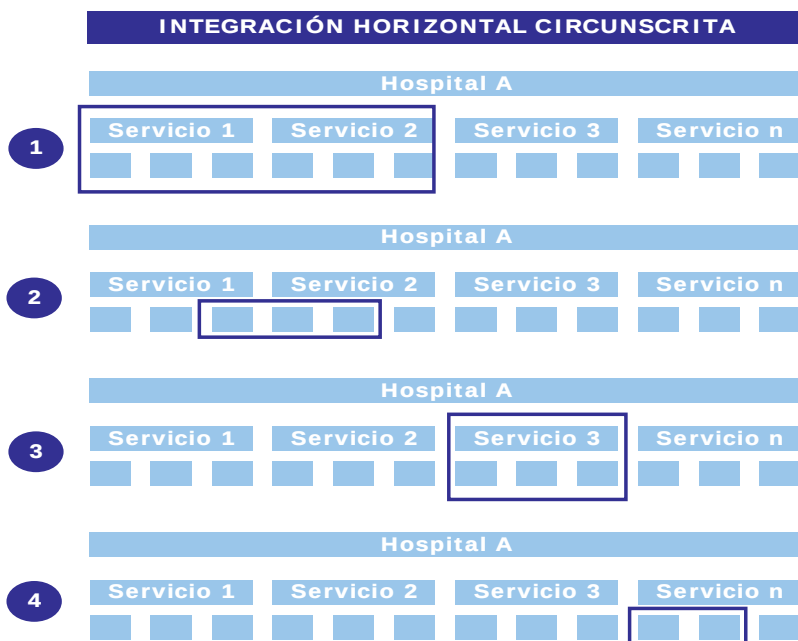
Servicios o unidades de un determinado hospital, “integración horizontal circunsrita”:

- Con creación de agrupaciones que favorezcan la **resolución de un determinado tipo de patología** relacionada o no con un aparato o sistema, pero con un **volumen relevante de casuística**, cuya atención esté priorizada en el plan de salud y con alta repercusión en costes, que justifique su creación.

- Con creación de agrupaciones **multidisciplinares** cuya base se sitúe en una determinada **intensidad de cuidados**: cirugía mayor ambulatoria, cuidados críticos.

- Con creación de agrupaciones **justificadas por la innovación tecnológica** como la integración de laboratorios o del diagnóstico por la imagen.

- Con creación de **unidades funcionales** para la atención del dolor, el sueño o los trastornos del movimiento.



De las experiencias similares existentes en otras CCAA y en otros países se desprende que el momento más propicio para llevar a cabo este tipo de agrupaciones coincide con **alguna transformación que obligue a la institución a revisar sus procesos organizativos**. Ejemplos de ella serían una remodelación física, el traslado o apertura a un nuevo centro o bien la introducción de sistemas de Información. Por tanto, se trata de la **situación idónea para que el HUCA lleve a cabo su proyecto de gestión clínica**

Servicios y unidades de diferentes hospitales, “integración horizontal en red”:

- Desarrollo, en los servicios clínicos, de **equipos multi-hospital** para la resolución de determinadas **patologías o exploraciones complementarias complejas o de referencia**. Estas requieren un volumen mínimo de casuística para su realización y deberían centralizarse en una única institución, aunque participaran en su resolución profesionales pertenecientes a varios centros. En este caso, la atención al paciente de un

determinado área de influencia debería recaer, fundamentalmente, en el equipo clínico del hospital correspondiente para garantizar la continuidad asistencial. Otra posibilidad sería que cada hospital del SESPA, que cuente con determinados medios para llevarlas a cabo, **se especialice en el manejo de un proceso concreto de baja incidencia y alta complejidad**. En otras ocasiones se podría descentralizar un determinado equipo electromédico a un hospital cuya cartera de servicios no contempla esa tecnología, siempre que la dependencia funcional y el abordaje de la atención de los pacientes siguiera recayendo en el servicio o unidad de referencia.

- **Fusión de los servicios centrales de apoyo al diagnóstico y tratamiento de varios hospitales**, como sucede con el anillo radiológico, el laboratorio o la farmacia central, que pueden llegar a constituir una configuración organizativa única, para todo el SESPA. También la apertura del HUCA puede propiciar este tipo de reorganización.

Las dos modalidades de integración horizontal pueden ser de tipo total y parcial.

- **Total** cuando un servicio o unidad completo se integre con otro de la misma institución o de otra. Por ejemplo: la unión de los servicios de cirugía cardíaca, cirugía vascular y cardiología en el área de cardiovascular.

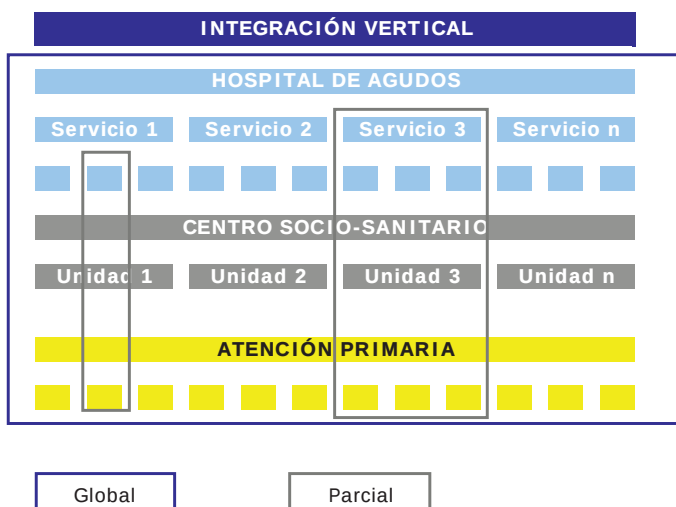
- **Parcial** cuando determinados profesionales de ese servicio o unidad, aún manteniendo su vinculación con su servicio de origen, constituyan parte de unidades funcionales, de su propia institución o de otras, durante determinados periodos de su quehacer profesional, por ejemplo las unidades del dolor o de trasplante.



Integración vertical:

- **Global** de la totalidad de atención primaria con especializada y con los servicios socio-sanitarios.

- **Parcial** de determinadas parcelas: bien sea de una especialidad completa cuyos profesionales con idéntica formación ejercen su labor en uno u otro nivel de atención como sucede con la pediatría, la fisioterapia, las matronas, los farmacéuticos o la geriatría, o bien, para la gestión de determinadas enfermedades por ejemplo las crónicas, como la diabetes, el ictus o la hipertensión.



Todas ellas pueden convivir en un futuro. En el caso concreto de los **servicios clínicos**, en esta primera fase y dada la complejidad que entrañan aquellas agrupaciones en las que intervienen más de una institución, se puede iniciar el proceso con **reorganizaciones en el seno de una institución hospitalaria** determinada y evolucionar progresivamente hacia la constitución de redes.

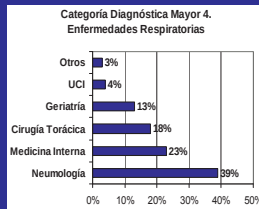
Para favorecer la reorganización “centrada en el paciente”, cada institución podría llevar a cabo las siguientes actuaciones preparatorias:

Mapeo de relaciones con la red y procesos

- Análisis de los centros y niveles con los que interacciona
- Revisión de los procesos clínicos.
- Determinación de las especialidades que intervienen en la atención de cada GRD

- Distribución de las altas por especialidad responsable de su atención.
- Elaboración de una matriz de las especialidades que intervienen en la atención de cada GRD.
- Agrupación de los servicios, que resuelven el 80 % de los procesos de una determinada CDM.

- 1 Distribución de altas por especialidad
- 2 Elaboración de matriz de Especialidades
- 3 Agrupación de los servicios que resuelven el 80 % de cada GRD



Para favorecer la reorganización “centrada en el paciente”, cada institución podría llevar a cabo las siguientes actuaciones preparatorias:

- De acuerdo con esta agrupación es previsible que se establezca para los servicios asistenciales:
 - Una primera agrupación de servicios o especialidades de similares características.
 - Una clasificación en tres tipos de los servicios asistenciales ya agrupados en función de su grado de autosuficiencia para resolver toda la patología de una determinada CDM.
 - Una diferenciación por unidades funcionales que resuelven determinadas patologías (por ejemplo el ictus o el dolor).

Servicios o Especialidades de similares características

Servicios clasificados en uno de los tres grupos:

Unidades funcionales para patologías concretas

Servicios de alto grado de resolución

Servicios que precisan agruparse

Servicios que aportan valor a otros servicios

No obstante, para que los proyectos de gestión clínica sean exitosos hay una **serie de requisitos previos** sin los cuales resulta muy difícil que progrese y que evitan que sea el fruto de una moda pasajera propiciada por la crisis económica. La pertenencia al modelo exige el **cumplimiento, en todos los niveles del SESPA, de unos « mínimos »**.

Entre estos requerimientos se podrían citar los siguientes:

- **Un sistema de información clínico-financiero robusto, válido y fiable que apoye a los profesionales** en el proceso de toma de decisiones que exige el ejercicio de su práctica diaria y permita la evaluación de los resultados de salud. Este sistema en nada se asemeja a la informatización o al acumulo de datos inconexos, cuyo procesamiento es esporádico y cuya validez no se contrasta.

- **Una cultura de pacto y evaluación del cumplimiento de objetivos más centrados en resultados de salud** y calidad que en la actividad “per se” ya sea asistencial, de docente o investigadora.

- **Un organigrama flexible**, con aplanamiento y reducción de niveles jerárquicos, que permita la inserción de los nuevos modelos.

- **Una profesionalización de los cargos directivos** que deben ser seleccionados de forma transparente por su probada capacidad, formación y experiencia para el desempeño del puesto. Los directivos deben ser los primeros en asumir la delegación de funciones, la autonomía y corresponsabilización de la gestión y del proceso de toma de decisiones. La descentralización de competencias debe ser una reacción en cadena de arriba a abajo y de abajo a arriba, desde la máxima autoridad sanitaria asturiana hacia la gerencia del SESPAS, los equipos directivos de las instituciones , los mandos intermedios y los profesionales de base.

- **Unos criterios de asignación de los recursos y experiencia y familiaridad en su adecuada utilización** por parte de los directivos, mandos intermedios y profesionales. La presupuestación basada en el gasto histórico es incompatible con la gestión clínica.

- **La formación en gestión de los profesionales sanitarios**, cualquiera que sea la posición en la que se encuentren comenzando por los gestores.

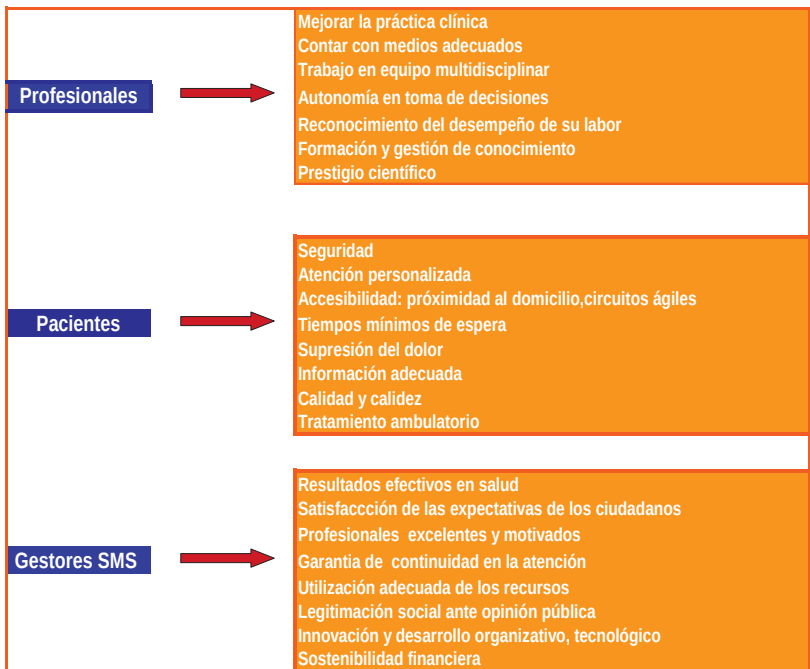
- **La introducción de una política de incentivación del trabajo bien hecho** que gravite, en inicio, sobre algún **tipo de reconocimiento imaginativo que no implique primas económicas** sino mejoras en el

desempeño del trabajo, asistencia retribuida a congresos, permisos y días libres, estancias formativas en otros centros...

- **La implantación del modelo de gestión clínica debe ser progresiva y paulatina « sin prisa pero sin pausa » e implicar en su diseño a los clínicos y gestores** con el fin de que identifiquen y sientan el modelo como propio. El despotismo ilustrado del todo para el pueblo pero sin el pueblo no es aconsejable. La realización de reuniones, sesiones de trabajo, grupos focales puede contribuir en gran medida a este logro. Aunque en una primera etapa ralentice su puesta en marcha, garantizará su avance posterior.

Entre los agentes y grupos de interés involucrados en la mejora de los servicios de salud del Principado se seleccionó a aquellos tres que, desde nuestro punto de vista, presentan **mayor relevancia y protagonismo**: los profesionales, los pacientes y los gestores del SESPA.

Para cada uno de ellos se ha analizado, de un modo sucinto, cuales serían **las causas que les llevarían a promover una mejora del modelo actual**. En el gráfico siguiente se recogen algunas de ellas.



En la medida en que las innovaciones dirigidas a mejorar los servicios de salud asturianos **satisfagan a un mayor número de intereses de cada uno de los tres actores implicados**, mayores posibilidades se presentarán para que triunfe. Por el contrario, todas ellas, presentarán limitantes generadas por la falta de confluencia entre las motivaciones de los tres grupos, que en ocasiones podrían ser contrapuestos. **En el análisis de “buenas prácticas” se observa que el desarrollo de unidades multidisciplinarias del dolor o el modelo de organización de los trasplantes han tenido una acogida y extensión espectacular**, porque suponen ventajas para todos ellos. En otros casos, el resultado como recogíamos en las tendencias nacionales e internacionales, ha sido incierto o se ha procedido a su abandono.

A esto hay que añadir que al igual que se han publicitado recientemente las listas de espera del Principado, **en aras de la transparencia y difusión, se debería de realizar un plan de comunicación externa e interna que divulgue los logros que se van alcanzando**. De este modo, los tres grupos de interés participarían de ellos e incrementarían su grado de satisfacción con el Sistema Sanitario de Asturias y con percibirían su mejora tras las transferencias.

Para finalizar una pregunta

¿Tiene buena Salud la Sanidad
Asturiana ?

Muy buena pero puede ser mejor
para no morir de éxito y
autocomplacencia

SEGUNDO SIMPOSIUM
LA GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

***“NUEVA GESTIÓN PÚBLICA ORIENTADA A LA SALUD:
LA TERCERA VIA ANTE EL DILEMA PÚBLICO/PRIVADO”***

JOSÉ REPULLO

Jefe de Departamento de Planificación. Escuela nacional de Sanidad

23 DE FEBRERO DE 2009

CONFERENCIA

Buenas noches. Esta intervención final se construye sobre las intervenciones anteriores y tiene que ver con algo que a mi me parece que está encima de la mesa, que es fundamental y se refiere a la mejora de la gestión de las instituciones públicas.

No voy a hablar tanto de las nuevas formas de gestión; tenemos muchas experiencias en España, y las hemos visto aplicadas en iniciativas innovadoras muy difundidas y conocidas: siempre en nuevos servicios, nuevos hospitales...

Pero me preocupan más los grandes hospitales y los de tamaño medio, esos que tienen la gestión directa tradicional y que prácticamente no se han contagiado de los elementos de innovación. Ya que políticamente ha habido más interés en las “lanchas rápidas” que en los “grandes trasatlánticos”, siendo estos grandes hospitales los que tienen el 80% de la asistencia, la función docente, la investigadora y la alta especialización. Por

lo tanto voy a mantener el foco en lo que podríamos llamar nueva gestión pública, tema que revisitado tras las experiencias de las últimas dos décadas, puede darnos algunas pistas para cambiar el modo en el que gobernamos y gestionamos las instituciones públicas.

Una primera dimensión del debate es la dicotomía o antagonismo entre mercado y Estado, en cuya base hay un debate sobre filosofía política. Los individuos nos integramos en una sociedad a través de lo que se ha dado en llamar instituciones; por lo tanto las instituciones son la pista por la cual en el mundo de la economía política y de la sociología estamos intentando redescubrir cómo los seres humanos somos capaces de actuar colectivamente y de vivir en sociedad.

Las instituciones son un puente entre el individuo y la sociedad. Douglas North, el premio Nóbel de 1993 estudiaba este concepto que hoy ya es muy conocido de nueva economía institucional. También hay otro tronco muy interesante que es el que habla de capital social tanto Putman como Coleman estudian porqué se establecen lazos entre individuos, que crean a su vez cohesión social entre ellos y con otros grupos humanos, así como con las propias instituciones.

En la teoría de Douglas North, se explica la evolución desde esa comunidad primitiva de individuos, de esa tribu, hacia la sociedad moderna. En ese transito hemos obtenido enormes ganancias a través de la especialización en la producción y en el consumo. Pero para hacer esto necesitamos estructuras económicas y políticas muy complejas; por lo tanto necesitamos organizaciones económicas y políticas que suponen intercambios anónimos impersonales a lo largo del tiempo y del espacio. Esto, a su vez, implica una enorme abstracción: fíjense lo que es el papel moneda, es una abstracción ya no hay ni siquiera dinero detrás ya el Banco de España, y en los billetes ya no prometen dar nada a cambio del mismo.

Por lo tanto, necesitamos tener fe en estas abstracciones; y credibilidad en las instituciones, para poder funcionar en clave de una sociedad mucho más evolucionada. Pero este camino no es fácil; porque los mercados políticos presentan rigideces, dependencias de senda y como dice Douglas North hay sociedades que se atascan en su evolución: no siempre esta película tiene un final feliz.

Respecto al capital social hay algunas definiciones de los autores más conocidos, en las que no vamos a entrar en detalle; simplemente decir que, además de esa cohesión intra-comunitaria de pequeños grupos sociales,

muy visible en etnias o en inmigrantes que mantienen un grupo denso dentro de otro país, tenemos una cohesión social más evolucionada que es la articulación inter-comunitaria y finalmente la integración en las instituciones del Estado. Posiblemente, los pueblos latinos desconfiamos más del Estado y de las instituciones en comparación con los nórdicos y confiamos mucho más en el núcleo familiar próximo.

Las instituciones, por lo tanto (el mercado y el Estado como instituciones básicas) son ese vínculo entre el individuo y la colectividad. La institución mercado es muy valiosa porque en determinadas condiciones asigna correctamente los recursos escasos para satisfacer las demandas mas valoradas de los individuos; pero en Sanidad se acumulan muchas imperfecciones o fallos de mercado que hacen muy difícil que esta institución sea la que los asigne con mayor eficiencia; este tema es tan conocido que sólo citaremos algunos aspectos e implicaciones básicas.

Las imperfecciones del mercado que dan lugar a esos fallos que hacen que el sector público tenga que intervenir.

FALLOS DEL MERCADO en SANIDAD

- **Existencia de Bienes Públicos**

- El mercado no puede proveer con eficiencia bienes donde no hay rivalidad en el consumo, ni posibilidad de excluir al que no aporta:
 - protección de la salud ambiental (fumigación mosquitos)

- **Existencia de externalidades**

- Cuando el coste o el beneficio de los particulares afecta a otras personas El estado debe intervenir
 - Epidemias, vacunaciones, etc.

- **Incertidumbre en la aparición de la enfermedad, en su gravedad y coste o en la efectividad de las intervenciones.**

- Esta incertidumbre lleva a crear seguros, pero introduce problemas como el riesgo moral y la selección adversa que impulsa la intervención del Estado

- **Asimetría de información (y poder) entre médico y paciente (ausencia de soberanía del consumidor)**

- Médico desempeña función de agente para aconsejar al paciente, pero crea monopolios profesionales que impulsan la regulación del Estado

- **Los activos son específicos y tienden a los monopolios locales**

- escasa competición entre proveedores, poca libertad de "entrar y salir" que impulsa la regulación del Estado

Por una parte, cuando existen bienes públicos (no hay rivalidad en el consumo ni posibilidad de excluir al que no aporta): por ejemplo la salud ambiental o la fumigación a mosquitos en una zona con paludismo, en los que no hay posibilidad de excluir del beneficio al que no paga.

Las externalidades son el segundo gran tema: cuando el efecto de nuestra mala salud afecta a alguien que no está involucrado y por lo tanto nuestra salud ya no es solo un problema nuestro: por ejemplo las epidemias, o las vacunaciones.

También tenemos que considerar que existe incertidumbre en la aparición de enfermedad, en su gravedad y en el coste o en la efectividad en las intervenciones para restaurar la salud. La incertidumbre lleva a crear seguros para conjuntar riesgos de grupos humanos amplios. Pero introduce otros problemas, como son el riesgo moral (uso excesivo e inapropiado de servicios) y la selección adversa – selección de riesgos (escape de los individuos de menor perfil de riesgo de los grupos de aseguramiento, y prácticas de evitación de los altos riesgos por los aseguradores).

Un aspecto a considerar es la asimetría de información y de poder entre médico y paciente, que reta ese concepto de soberanía del consumidor, que es fundamental en las reglas de mercado.

Además, los activos son específicos y se tiende a los monopolios locales: por lo tanto una vez que hemos construido un hospital para una determinada zona es muy difícil reutilizar esta instalación. En este sector es muy difícil entrar y muy difícil también salir.

Todas estas características (fallos de mercado) han llevado a la intervención pública en distintos sectores. Pero el crecimiento del papel del Estado tras la II Guerra Mundial tiende a crear un proceso por el cual en lo que se llama el “Estado de Bienestar” los poderes públicos van progresivamente asumiendo responsabilidades en la gestión de servicios.

Un tipo de servicios que no eran los clásicos que prestaba el Estado: servicios personales, que son servicios públicos tutelares, bien preferentes como educación, asistencia sanitaria y servicios sociales, o bien servicios condenables como podría ser la tutela para evitar el consumo de drogas ilegales o de otras prohibiciones que también hay que gestionar.

Por ello, la economía pública tras la II Guerra Mundial empieza a tener una dimensión muy importante dentro del conjunto de la economía y empieza a aparecer un nuevo problema, que son los fallos del Estado.

Los servicios básicos, nucleares y clásicamente prestados por el Estado, como la policía, el ejercito, la justicia, la recaudación de impuestos, etc., tienen una estructura de autoridad pública y un modelo de administración burocrática o procedimental, que encaja muy mal con los nuevos servicios de atención a necesidades y preferencias de personas. Así, nadie pide como derecho el elegir al juez que le va a juzgar o al sargento que le va a mandar en la mili, o al inspector de hacienda que le revisará su declaración; sin embargo, parece natural pedir la elección del médico. Son servicios de naturaleza muy diferente; pero, curiosamente, el modelo básico de respuesta del Estado es el mismo modelo de gestión procedimental.

Precisando más, habría que señalar que en la sanidad hay dos tradiciones:

- la Europa nórdica o Beveridge, que tiende mas al universalismo y a la integración, de tal manera que los Estados tienden a hacerse cargo mas directamente de la estructura de financiación, aseguramiento y provisión de los servicios públicos incluido el de sanidad;

- por el contrario, el modelo la Europa continental o Bismarck, tiende mas a la agrupación gremial o laboral vía Seguridad Social y a la contratación de los proveedores de servicio; por lo tanto, son modelos que en general no tienen ese carácter tan integrado y suelen ser gestionados por organismos cuasi gubernamentales o para-gubernamentales, como es el caso de la Seguridad Social.

El problema de fondo que se plantea en los años ochenta es la dificultad creciente de gestionar un gran aparato de Estado que dedica enormes energías a gobernar con reglas inadecuadas servicios personales. Lo que se suele comentar es que se gasta mucha más energía en remar que en dirigir de ahí viene el concepto de “stewardship”, traducible por rectoría o buen gobierno. Y también se empiezan a evidenciar lo que se han dado en llamar fallos del Estado: es decir, en qué medida el Estado tiene también sus fallos al intentar gestionar los servicios públicos; aquí mencionaremos seis de los mas habituales, con algún ejemplo de cómo se han intentado compensar estos fallos.

FALLOS DEL ESTADO

- **Déficit de conocimiento y predicción en entornos complejos y cambiantes**
 - Lleva a buscar más "inteligencia": agencias de evaluación de tecnologías
- **Rigidez, formalismo y burocracia del aparato del estado**
 - Lleva a intentar nuevas formas de gestión de corte empresarial dentro del sector público
- **Elección ineficiente de medios por no transferencia de riesgos**
 - Lleva a la gestión contractual y ensayar cierta transferencia de riesgos a instituciones, directivos y empleados públicos
- **Excesiva segmentación funcional – compartimentos**
 - Impulsa el trabajo por procesos y proyectos
- **Interferencia política**
 - Impulsa buen gobierno y profesionalización de directivos
- **Interferencias burocráticas (administrativas y profesionales)**
 - Impulsa buen gobierno y nuevo profesionalismo

- En primer lugar, el déficit de conocimiento y predicción en entornos complejos y cambiantes; evidentemente en el mercado no cabe concebir esto como fallo, ya que no tiene como misión dictar el futuro (sólo aprovecharlo desde la perspectiva del interés particular). Pero los poderes públicos, cuando gestionan problemas colectivos, tienen al menos que anticipar el futuro; para ello se ha tendido a buscar más inteligencia: un ejemplo en sanidad son las agencias de evaluación de tecnologías, que suponen hacerse con más conocimiento para intentar evitar los enormes fallos en la incorporación de la innovación a la sanidad.

- En segundo lugar, la rigidez, el formalismo y la burocracia del aparato de Estado; de aquí las respuestas de ensayar nuevas formas de gestión de corte empresarial dentro del sector público.

- En tercer lugar la elección ineficiente de medios por la ausencia de transferencia de riesgos; en esencia, las políticas de gestión contractual (contratos programa y de gestión) no es ni mas ni menos que un intento de hacer una cierta transferencia de beneficios y penalizaciones a instituciones, directivos y empleados públicos en función de los resultados o del cumplimiento de objetivos o del desempeño.

- En cuarto lugar la excesiva segmentación funcional y compartimentación característica básica del pensamiento maquinal y Weberiano; este problema ha generado que en la asistencia trabajemos cada vez más por procesos, por programas o por proyectos.

- En quinto lugar la interferencia política, que es muy típica en todo el funcionamiento del Estado; de forma muy tímida aún se pretende a través del buen gobierno, órganos colegiados y profesionalización de directivos, compensar el excesivo peso de estos costes de interferencia política

- Y en sexto lugar, la interferencia burocrática; es decir, el Estado no es un ente neutro: sus cuerpos, escalas, sus profesionales, sus TACs (Técnicos e la Administración Civil del Estado), sus médicos, también tienen su agenda propia. Por lo tanto el buen gobierno y el profesionalismo están también en la agenda de alternativas para evitar los sesgos del propio aparato del Estado.

Por lo tanto hablamos de fallos del mercado y fallos del Estado; y evidentemente se entra a juzgar ambos con ciertas preferencias ideológicas: por ejemplo, los fallos de mercado, como justifican intervención pública suelen ser relativizados por las personas que tienen una preferencia ideológica liberal, pero desde la izquierda se interpretan de manera muy generosa y amplia; en cambio los fallos del Estado, que cuestionan la efectividad de la intervención pública, son exagerados por la derecha, y relativizados por la izquierda, aunque la ideología socialdemócrata les está prestando creciente atención (por la cuenta que le tiene).

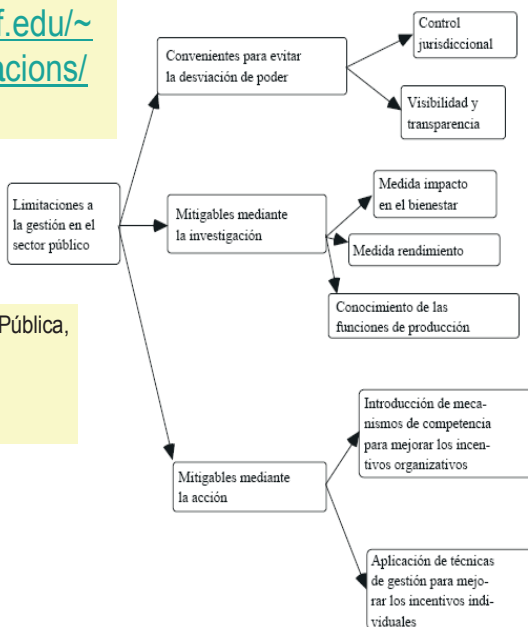
La alternativa de cambio en los servicios públicos personales (para minimizar los fallos del Estado) tiene problemas terminológicos. Palabras como “modernización”, son ambiguas; además, evocan el concepto de “cura de adelgazamiento del Estado” como plantearon Thatcher, Mayor, y Reagan. Quizás habría que buscar otros términos, como gestión pública emprendedora, tercera vía, redes, profesionalismo etc. De lo que se trata es de revisar la organización pública y rediseñarla para mejorar su desempeño asumir los fallos del Estado y no solo los fallos de mercado y buscar activamente soluciones.

Hay un par de citas de dos personas que tengo mucha estima; una es Vicente Ortún, que en un gráfico (que además está publicado en la revista asturiana de economía), decía que cuando uno gestiona en el sector público tiene que asumir una serie de limitaciones:

Gráfico 1. Tipos de limitaciones a la gestión en el sector público

www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/RAE95.pdf

Vicente Ortún. Gestión Pública, conceptos y métodos.
Revista Asturiana de Economía. 1995; (4).



- algunas son convenientes para evitar la desviación de poder; por ejemplo esto que ha hecho Berlusconi de aceptar que los vecinos salgan de patrulla es una dejación absolutamente intolerable de las responsabilidades públicas, el orden público, la justicia etc; por ello ciertas limitaciones son convenientes y tenemos que aceptar una tasa de ineficiencia por razones de control jurisdiccional, de visibilidad o de transparencia;

- otras son mitigables mediante la investigación: por lo tanto si medimos el impacto, el rendimiento y conocemos las funciones de producción de los servicios públicos, podremos perfectamente saltarnos algunas de las limitaciones y gestionar como si fuera una empresa;

- y otras son mitigables mediante la acción, a través de mecanismos de competencia, transferencia de riesgos etc.

Por lo tanto aceptando que hay un marco de limitación no siempre tenemos que aceptar todas las limitaciones. La otra cita es de González Páramo, que es un economista que creo que ahora está en el BCE, y que no es nada sospechoso de ser de izquierdas. Decía esta frase que me parece

muy interesante: *“En la relación publico-privado no solo es importante la justificación del intervencionismo público a partir de los fallos de mercado si no que también es relevante el tipo de respuesta que pueda darse desde el Estado, así la nueva agenda de modernización de la gestión pública tiene un significado muy importante para establecer el equilibrio entre lo que puede y debe asignarse vía mercado y vía Estado”,* y añade otra frase que me parece más interesante aún *“en efecto, si el peso de la ineficiencia de las decisiones públicas crece significativamente, la frontera de lo que podría hacer el Estado se desplazará hacia el mercado y habrá que asumir pérdidas de bienestar social y de equidad que podrían haberse evitado”.*

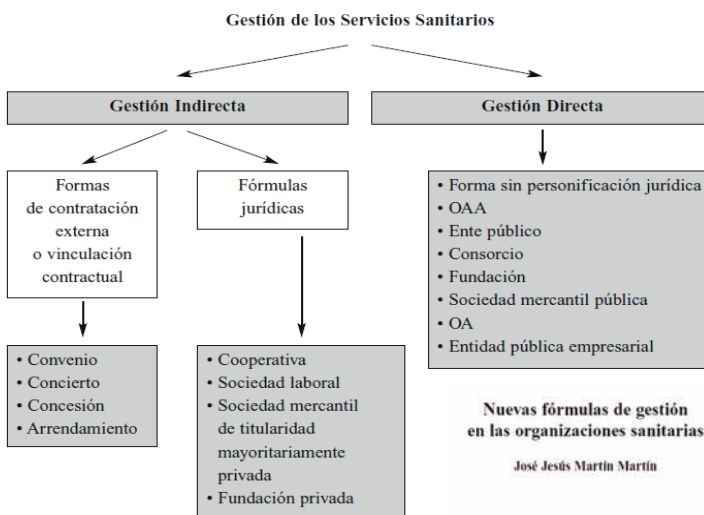
Por lo tanto, puede ocurrir que personas que dicen defender la gestión pública le ponen trabas que están realmente abonando el camino para ésta no pueda realmente ser competitiva; y esto acabe llevando a pasar parte de lo que podría y convendría hacer al sector público al sector privado.

Pasemos ahora al tema público versus privado en la sanidad. Hay un esquema clásico y sencillo: puede haber financiación pública y privada y provisión pública y privada, que se combinan de diversas formas: un paciente del Sistema Nacional de Salud es atendido en un hospital público o un paciente privado a una clínica privada; pero también hay financiación pública con provisión privada cuando mandamos un paciente a un centro concertado, y financiación privada y provisión pública en un accidente de tráfico atendiendo en un hospital público.

En el esquema más aceptado de clasificación de la provisión de servicios, de José Martín, economista andaluz, tenemos modelos de gestión directa: administrativa (la habitual, sin personificación jurídica), organismo autónomo, ente público, consorcio, fundación, entidad pública empresarial; y tenemos modelos de gestión indirecta (donde el proveedor sí que tiene una identidad patrimonial separada). Además, existen diversas formas de vinculación: contratación, convenio, concierto, concesión, etc.

Como dice Javier Sánchez Caro, refiriéndose a clasificación de grandes tipos de formas de gestión, cuando la cosa es complicada se levanta el velo de la propiedad a ver quien está detrás: en la gestión indirecta sí que hay una diferenciación en la propiedad de esa entidad, hay entidades separadas con autonomía y personificación jurídica real. No es así cuando en las fórmulas de gestión directa nos encontramos con la misma gente en la parte contratante y en la parte contratada, y no hay ningún proceso de diferenciación significativa en término de conducta de los agentes.

Figura 1. Fórmulas de gestión de los servicios sanitarios



Documento de trabajo 14/2003

Tenemos un amplio consenso en la financiación pública; pero esto no es un milagro, sino algo muy fácil de conseguir, porque incluso el sector privado quiere que el sector público sea el que le quite a la gente el dinero del bolsillo; el que recauda siempre es antipático y nadie quiere asumir la función recaudatoria.

Por ello hay un consenso en la financiación pública, pero un consenso algo menor en el aseguramiento público; me estoy refiriendo, por ejemplo, a un debate que quizá encaje aquí solo relativamente: las pólizas autonómicas de salud o la portabilidad de la cobertura del Sistema Nacional de Salud. Aunque es un debate que no toca ahora, tiene también mucha relevancia a este respecto. También mencionaremos los “MUFACE” y en general el sistema de mutualismo administrativo, en el cual se produce un “opting out” (fuga del funcionario al aseguramiento privado con la cuota pública bajo el brazo); se trata de otro tema pendiente que recuerda la no unificación del aseguramiento público. La última mención es para algo que está “bajo la mesa”: la asistencia privada complementaria que se pagan los españoles; cabría calificarla como un co-pago encubierto e informal que tiene el propio Sistema Nacional de Salud. Pero no toca hoy hablar del aseguramiento, lo que sí es importante es tener en cuenta el menor y

decreciente consenso respecto a la provisión pública este es el tema que está más en debate en el momento actual.

Por separar los aspectos técnicos de los de debate publico-privado, parte de este debate vamos a denominarlo el de la externalización. Éste existe en el mundo de la empresa: “*buy or make*”, compro o hago; es decir, externalizar o contratar una serie de servicios en vez de producirlos dentro de mi propia organización. Se trata de un dilema empresarial, y por lo tanto tiene ventajas e inconvenientes que se han de juzgar en cada caso. También sabemos que hay un aspecto contextual: en los EE.UU. se externaliza menos que en Europa, posiblemente porque en Europa hay un argumento de rigidez laboral que lleva con más facilidad a externalizar.

El debate de externalización, por lo tanto, no debe confundirse con el de público-privado. Por ejemplo, hay externalización público a público, en Madrid teníamos, no sé si tenemos todavía, una externalización en la lavandería central en Mejorada del Campo que es una empresa pública; en este esquema, lo que es importante es que el gerente de esa lavandería, desde que llega hasta que se va solo piensa en una cosa, que es lavar ropa; a diferencia del gerente de un hospital para el cual se trata de una preocupación menor; por lo tanto, la ventaja de la externalización tiene que ver básicamente con el principio de especialización.

Vemos también en Servicio Público de Empleo, el INEM, en realidad es un servicio público que recibe una encomienda “externalizada” de las empresas privadas para que le gestionen la búsqueda de trabajadores. Lo señalo solo para establecer que no necesariamente es el mismo debate el de la externalización que el de la privatización.

La clave del debate de la externalización la dio otro premio Nóbel, Coase, cuando habló de los costes de transacción y estableció cuatro grandes criterios para saber cuando merecía la pena o no externalizar una actividad al exterior de una empresa u organización:

- activos específicos es decir, activos (instalaciones, tecnologías, especializaciones) que solo valen para una función muy específica
- incertidumbre respecto a las características técnicas y resultados de un proceso
- problemas de mensurabilidad, cuando no tengo buenos indicadores para saber cual es el correcto desempeño
- complejidad y cambio tecnológico, cuando los procesos y tecnologías pueden cambiar sustancialmente cada tres o cinco años.

Dimensión de transacción	Centros Sanitarios	Serv. Asistenciales	Serv. Centrales	Serv. Generales
Especificidad de activos	muy alta	muy alta o alta	Muy alta o alta	media o baja
Incertidumbre	muy alta	alta y variable	alta o media	Baja
Cambio tecnológico	muy alta	alta y variable	muy alta	Media
Mensurabilidad	media baja	media	Alta	muy alta
Perfil Costes Transacción	++++/+++	+++/>++	++/+	+

Repullo JR. Externalización, eficiencia y calidad (primera parte). Público y privado en la sanidad. Rev Calidad Asistencial. 2008;23 (2): 83-7

Repullo JR. Repullo JR. Externalización, eficiencia y calidad (segunda parte). Análisis de costes y efectos potenciales de las políticas de externalización. Rev Calidad Asistencial. 2008;23 (3): 131-5

Cuando se producen estos problemas, la contratación externa se torna difícil e imperfecta, y en general se prefieren alianza estratégica con el que me lo suministra, o bien internalización en la propia organización, ya que los costes de transacción se disparan.

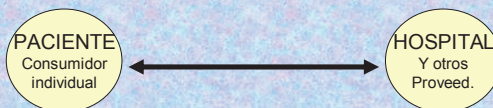
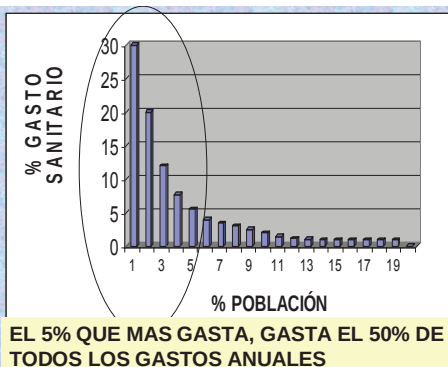
Por lo tanto, los costes de transacción son la guía para poder establecer algún criterio de conveniencia en la externalización de las actividades y servicios. Recientemente publiqué dos artículos en la revista de Calidad Asistencial para revisar la aplicación de la teoría de costes de transacción en la externalización sanitaria, diferenciando en cuatro niveles o tipos de servicio: la externalización del conjunto del centro sanitario planteaba un perfil alto de costes de transacción en las cuatro variables; sin embargo los servicios asistenciales específicos, los servicios centrales (de apoyo diagnóstico y terapéutico) y los servicios generales (de apoyo residencial y hotelero) daban distinto en su cualificación.

1

Complejidad
atención sanitaria

Asimetría
información

Concentración de
riesgos



INEQUIDAD

Este criterio constituye una guía importante, pero debemos contemplarla contextualmente. La arquitectura organizativa de la sanidad - la pública y la privada- intenta optimizar resultados reduciendo los costes de transacción y por lo tanto busca una serie de modelos que vayan intentando resolver las presiones y exigencias del entorno. Voy a exponer seis modelos que ayudarían a entender esta evolución que hemos ido teniendo hacia los modelos, ya anticipo, de cada vez mayor integración (entre la función financiadora, aseguradora y proveedora de servicios):

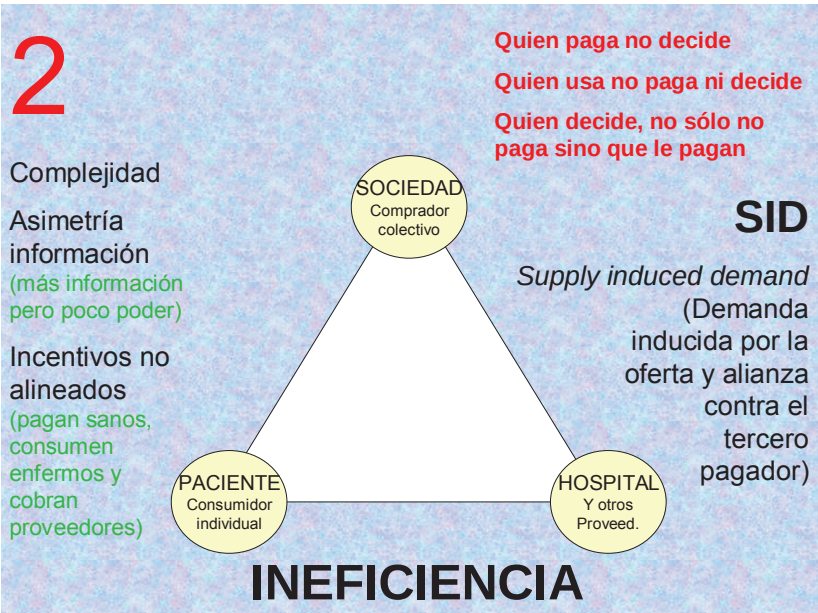
En el primer modelo, solo había paciente y proveedor (médico u hospital); por lo tanto no hay asegurador; simplemente demanda y oferta. De los distintos elementos que presionan, el aspecto clave es la concentración de riesgos: el 5% que mas gasta, gasta el 50% de todos los gastos anuales; esta enorme concentración de riesgos hace dificultísimo la gestión y favorece enormemente que haya lo que llaman “*cream skinning*” o “descremamiento”; en términos técnicos, riesgo moral, selección adversa y selección de riesgos.

Como esto produce una enorme inequidad se busca que haya un comprador colectivo o tercero pagador que conjunte los riesgos de todo el

grupo, y proteja a los que tienen la mala fortuna de tener una enfermedad económicamente catastrófica.

Sin embargo, se mantiene como elemento del entorno la complejidad y la asimetría de información y poder (del asegurador frente al proveedor); el asegurador-comprador colectivo comienza siendo un reembolsador pasivo de las facturas que le van llegando; y lo que empieza a manifestarse es que los incentivos de tres agentes (paciente, asegurado sano y proveedores) no están alineados: pagan los sanos consumen los enfermos y cobran los proveedores. Dicho de otra manera quien paga (ciudadano – asegurado sano) ni usa ni decide; el paciente, usa pero no paga ni decide; y quien decide, el médico, no solo no paga si no que le pagan.

En este contexto aparece lo que llaman “*supply induced demand*” o demanda inducida por la oferta, en la cual, lo que ocurre realmente es que el hospital y el paciente que se alían contra el tercero pagador (asegurador) generando una enorme inflación de costes y una enorme ineficiencia. Esto es lo que explica el bajo rendimiento del modelo de EE.UU.: 14% del PIB dedicado a la sanidad con un bajísimo nivel de cobertura o amplios grupos no cubiertos.



El siguiente paso para resolver este problema, consiste en buscar la integración. En los modelos integrados, donde el comprador colectivo captura e incorpora la red de provisión de servicios, aunque se mantiene como factor del entorno la complejidad, se puede al menos controlar por el lado de la oferta la alianza contra el tercero pagador; el mecanismo utilizado suele llamarse “*rationing*” o racionamiento (controlando vía presupuestos los recursos que se destinan a la sanidad). Con lo cual nos encontramos ante otro posible problema: “la demanda inhibida por la oferta”; por lo tanto, puede haber una segunda alianza de aseguradores y hospitales contra los pacientes.

La asimetría de información se mantiene entre asegurador y proveedores, porque aunque hay control estadístico hay descontrol de los datos individuales; y, además, aparece un nuevo problema, el problema de las jerarquías. Como dicen algunos autores, esta organización sanitaria aparentemente jerarquizada es extraña; se trataría más bien de “profesionales a la sombra de las jerarquías”. Como modelo organizativo sería algo de apariencia simple pero estructura compleja y contradictoria: algo tan caótico como una organización profesional se representa a si misma en un organigrama funcional, que obviamente no puede funcionar como está previsto en las organizaciones maquinales o industriales.



Para vencer este problema se busca un modelo de descentralización, donde hay una organización local, región o área como planificador o comprador local. Al hacer este proceso de cesión y descentralización, la complejidad se puede abordar mejor por la proximidad; la asimetría de información, en principio sería mas tratable por el mayor acceso local e información de todos los agentes. Pero nos encontramos con problemas de escalas (las áreas son pequeñas poblacionalmente para los servicios de alta especialización) y otros problemas: el centro (asegurador central o región) tiene siempre la tentación de centrifugar el racionamiento; además de esa pérdida de economía de escala hay una retención por parte del centro de una serie de resortes de poder. Normalmente se delega lo que no se quiere y se retiene lo que no se debe.



Ante este problema lo que intenta es utilizar una figura que es el médico generalista, el médico de atención primaria, el "gate manager" (figura que no sólo hace de puerta de entrada sino de gestor de derivaciones dentro del sistema), para que intente reorganizar los flujos con la información micro que tiene. Información muy importante, caso a caso.

Porque mas relevante que la estadística general es la información individualizada. Por lo tanto, la forma de abordar la complejidad es a través de una visión longitudinal, y la asimetría de información se intenta minimizar por la utilización como *broker* o intermediario del médico de atención primaria.

Pero aquí aparecen problemas de poder y de barreras: la atención primaria es difícil que tenga suficiente poder, información y legitimidad como para alzarse con el dominio en el flujo económico y profesional. Las redes profesionales y comerciales sesgan el sistema y la fascinación tecnológica de políticos y población hacen enormemente difícil que los sistemas sanitarios se basen en la atención primaria.



Llegamos así al último esquema que quiero mencionar, donde sobre la base de organización local un proveedor hospitalario y de atención primaria se crea una especie de organización local integrada, lo que llaman OSIs, *organizaciones sanitarias integradas*, donde la complejidad puede ser abordada como una visión poblacional, la asimetría de información se puede minimizar por un ajuste de riesgos en la asignación y una gestión local con información compartida entre todos los componentes.

Lo que enfrentamos para hacer este esquema realidad, es un problema de estructura organizativa: qué redes profesionales, qué liderazgo, qué organización, si existe un sistema asignativo e informativo suficientemente desarrollado, si existe desde la red un elemento de gestión de conocimiento suficientemente potente como para que estas organizaciones locales tengan capacidad intelectual o tecnológica como para soportar su funcionamiento...



Lo que sobre todo quiero señalar es estos distintos diseños intentan ir respondiendo a los problemas de esas imperfecciones, esos fallos de mercado, y esos fallos del Estado.

El debate en el Sistema Nacional de Salud es muy extenso; tenía algunos datos sobre la relación público-privada, el balance publico-privado en España. El sector privado es muy importante en España si nos miramos en el espejo de los vecinos nórdicos; y además, esta importancia del sector privado, es muy compleja y presenta conflictos de interés evidentes “entre

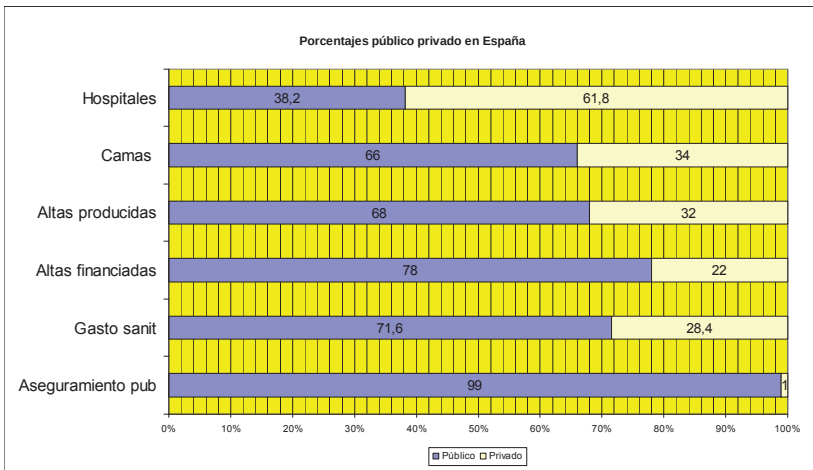
la mañana y la tarde”: hay flujos de pacientes de mañana a tarde de tarde a mañana, y flujos de profesionales.

Los británicos solía llamar al sector privado “*independent sector*”, pero este jamás podría ser un término aplicable en España, por la amplia interrelación de ambos sectores vía pacientes y médicos. Lo que ocurre es que tenemos conflictos de interés muy poco manejables. No significa que los médicos británicos o los suecos o los franceses no tengan estas situaciones, pero están encima de la mesa, existen códigos de comportamiento, limitaciones en ingresos en el sector privado, y reglas de diverso tipo.

El cuadro macroeconómico del sector público y privado en el ámbito de aseguramiento, tiene varios campos: el ámbito de riesgos laborales (mutuas patronales) y el de aseguramiento de riesgos generales; en éste, el aseguramiento público es del Sistema Nacional de Salud llega a un 94,5 % de la población; en el mutualismo administrativo otro 1% de la población hace opción al SNS; y un 4% hace opción a seguros privados; las entidades colaboradoras eran 0,5% y están en un desmontaje rápido; y quedaría el aseguramiento voluntario (hablo del complementario no del sustitutorio) que sería más del 10%.

Riesgos generales	Aseguram. público	Sistema Nacional de Salud (Seguridad Social + 4.2 % universalización a pobres)		94.5 % población
		Mutualismo administrativo (MUFACE, ISFAS, MUGEGU)	Opción SNS	Algo menos del 1 %
			Opción entidad privada	Algo más del 4 %
		Entidades colaboradoras de la seguridad social		Menos del 0,5 % y en desmontaje
	Aseguram. voluntario	Seguro Privado complementario		Más del 10%
Riesgos laborales	Mutuas patronales de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales			2-3% del gasto sanitario

Estas cifras presentan mucha variación, según la fuente consultada. Pero para hacerse una idea global, el aseguramiento público de enfermedad diríamos que es casi universal, queda este 1% irritable (de no universalizados); el gasto sanitario estaríamos aproximadamente en el 71,6% público frente al 28,4% privado; las altas de los hospitales financiadas públicamente son el 78% por lo tanto vemos que hay una parte de la sanidad privada que es comprada con el presupuesto público. Respecto a las altas hospitalarias, el sector público produce el 68% y el privado el 32%; las camas son el 66% público y el 34% privadas y los hospitales el 38,2% son públicos y el 61,8% privados.



Algunos porcentajes aproximados de la relación público – privado en España ...

Hay distintos debates, según se refieran a la macro, meso y micro gestión; a veces confundimos los términos y es difícil evaluar alternativas. Como dice algún buen amigo, evaluar lo que se dice evaluar solo nos gusta evaluar al enemigo; por lo tanto la cultura de la evaluación tiene su dificultad porque es políticamente inconveniente, porque no se diseña la evaluación a la vez que se pone en marcha la innovación y porque realmente es difícil articular una argumentación contrafactual: ¿qué hubiera

ocurrido si no hubiéramos hecho esto? En la experimentación social es prácticamente imposible de responder correctamente a esta pregunta, hay una falta clamorosa de información y también una enorme aversión a hacer disponible lo que se tiene.

Uno de los temas centrales de la siguiente revolución de la transparencia pública es que toda la información que se genera con dinero público debería de ser de disponibilidad pública, salvo que afectara a datos particulares del individuo.

Revisemos algunos ámbitos de estos debates actuales brevemente.

En el nivel macro están los problemas de financiación y de aseguramiento:

- en el problema de la de financiación sanitaria: parece que todos nos ponemos de acuerdo que con un punto adicional del PIB para sanidad en cuanto se pueda (ahora quizá no), todo se arreglaría; puede ser un falso debate, ya que si nos gastamos más dinero con las mismas reglas del juego actuales es posible que no tengamos ganancias significativas; también tenemos en lo macro el gasto sanitario privado, auténtico copago en la sombra.

- el problema del aseguramiento, ya que el Sistema Nacional de Salud aún no ha cerrado la universalización, y queda ese 1% irritante, pendiente de entrar en un concepto de ciudadanía sanitaria; y también persiste el incongruente y anacrónico mutualismo administrativo; sin olvidar los nuevos problemas de “portabilidad” de la póliza del Sistema Nacional de Salud entre CC.AA.

En el nivel de mesogestión, hay retos tanto para los hospitales convencionales como para los nuevos con formas de gestión diferentes:

- los grandes y medianos hospitales públicos que hoy tenemos, deberían perseverar en la gestión contractual, con herramientas y atribuciones de gestión y un proceso de profesionalización de directivos;

- los medianos y pequeños centros y servicios con nuevas formas de gestión, deberían ser útiles para contagiar la innovación.

Sin embargo este contagio no está ocurriendo, y se cristalizan dos redes y dos juegos no cooperativos, hasta el punto por ejemplo que en Andalucía los hospitales que son empresas públicas, están ya organizando sistemas territoriales, y procesos de traslado del personal de este subsistema laboral. En el fondo se ha consolidado un modelo prácticamente de co-evolución paralela de las instituciones.

Otro debate de meso-gestión donde no tengo mucho interés en entrar ahora, es el de los llamados sistemas PFI (Iniciativa de Financiación Privada). En tanto sistema que busca financiación privada, se plantea este nuevo modelo cuando escasea el presupuesto público, desplazando un gasto de inversión a un canon que pagara la siguiente generación; cuando el sistema lleva inherente una concesión administrativa para explotar y operar el servicio sanitario, se trata de otro tipo de modelo; esta situación se definiría así “cuando el gestor público renuncia a hacer gestión pública”; y por lo tanto no está mal como manera de escapar de su responsabilidad.

En el nivel de micro-gestión se encuentra la verdadera revolución pendiente: son los micro sistemas, la gestión clínica, la contractualización con unidades; la integración de área; el gobierno clínico... Esta es la clave de futuro; el esquema de Kaiser Permanente, del Cronic Care Model...

Un médico británico cuando acabó el ciclo de reformas de Thatcher y Major dijo algo así: “para nosotros los médicos clínicos, las reformas nunca salieron del Power Point”; por lo tanto nunca llegaron a afectar a nivel operativo. Y habría que preguntarse... si una reforma radical no llega a percibirse en la vida cotidiana del nivel operativo, de los micro sistemas donde realmente se incorpora valor al paciente, habría que pensar si son reformas o realmente estamos con juegos de salón, juegos gerenciales que no alteran la realidad.

El otro debate que se suele tener es si la provisión privada es más eficiente que la pública. Hay una dificultad intrínseca en la comparación de la gestión de hospitales privados y públicos; para empezar, lo más barato no es lo más eficiente, ya que tendría que darse, a igualdad de efectividad menor coste.

El contexto de comparación es difícil: producción compleja y acoplada, funciones de docencia, investigación, características del paciente que permite discriminar costes no recogidos en la casuística y aspectos estratégicos y de medio plazo.

En éstos aspectos estratégicos es muy relevante lo que suele llamarse “captura del financiador por el proveedor”. Por ejemplo, yo puedo tener un servicio de diálisis concertado y puedo saber transferir riesgos como contratador público; pero si toda la diálisis del país está concertada al cabo de un tiempo tendré que hacer frente a un sobre-coste de monopolio. Por lo tanto, los elementos estratégicos alteran los precios.

La comparación de distintas formas de gestión también tiene sus dificultades porque hay distintos prototipos de hospital. Los nuevos hospitales con distintas nuevas formas de gestión tienen una media de 211 camas frente a las 420 de los modelos de gestión directa pública. Esto implica distintas expectativas y misiones: por ejemplo para los hospitales nuevos es muy importante la accesibilidad de la población local sin embargo para los hospitales antiguos es fundamental la alta y media especialización junto con la docencia e investigación. Hay además distintas edades y dotaciones de plantillas: los hospitales nuevos son jóvenes y tienen plantillas estrechitas; me pasó con un hospital que dirigí en su apertura, el hospital de Móstoles que luego dirigió Paloma Alonso; era un Hospital nuevo con plantilla muy ajustadas, pero con gente que se comía el mundo; en cambio los hospitales antiguos están envejecidos y tienen plantillas con “sedimentos” de distintos periodos glaciares.

¿Y que hacemos cuando planteamos transformar los servicios sanitarios y como interpretamos las nuevas formas o sistemas de gestión?

Para empezar los modelos organizativos son herramientas y por lo tanto lo que interesa es utilizar las herramientas apropiadas para la utilidad que en cada caso buscamos; y por eso es tan difícil aclarar el tema de si funcionan o no las nuevas formas de gestión: no sabemos cual es el problema que realmente preocupa al político o en qué espejo nos miramos en cada momento. ¿Nos preocupa la salud, los servicios, las necesidades, las demandas, las preferencias, la accesibilidad a las listas de espera, el apaciguamiento del sector, el rendimiento electoral, la satisfacción de alcaldes, la fascinación tecnológica, el desarrollo económico y de empleo? Otros temas menos presentables, pero pertinentes, serían las modas gestoras y otras incluso más inconfesables que suelen llamarse “amistades peligrosas”.

Imaginaros como podemos medir la bondad de una herramienta cuando existen tantos objetivos y metas en la cesta de los decisores, en un momento determinado.

Yo quiero referirme, finalmente, a dos aspectos que son de los menos visibles y que para mi son los que determinan realmente la eficiencia de los Sistemas Públicos de Salud: la crisis de la medicina y la crisis de efectividad y calidad de los sistemas sanitarios.

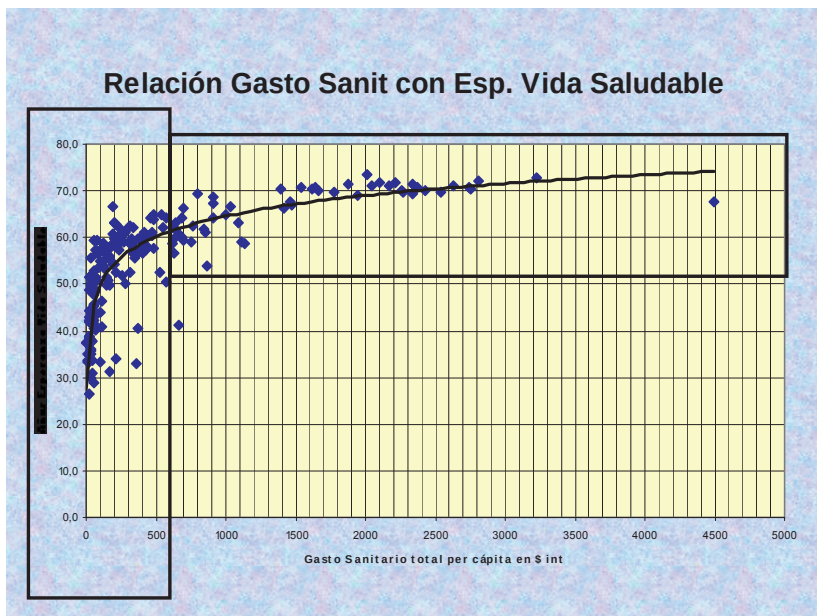
La crisis de la medicina de la que se habla muy poco, parte posiblemente de tres aspectos centrales:

- uno de pulsión, la fascinación tecnológica descrita genialmente por Boro Peiró y Enrique Bernal, es el amor al trasplante por la mañana y al juanete por la tarde;

- el segundo es de repulsión: agorafobia ante un saber en expansión geométrica; es decir, ante un paciente concreto, un médico, con todo el universo de conocimiento en expansión, le es difícil saber si no tiene respuestas porque el no sabe o porque la medicina las desconoce; y en esa situación, como todo el mundo espera una respuesta, se produce una gran ansiedad ante la incertidumbre; además, toda incertidumbre tiende a verse como fallo; la respuesta ansiolítica y fácil es la hiper-especialización, ya que con ella no tengo (por ejemplo) que ocuparme de todo el tubo digestivo, solo del colon; a partir de entonces el endoscopio y yo somos una misma cosa; dejo de ser Médico paso a ser un tecnólogo del conocimiento; y con esto mi mundo se hace más estable, mas confortable, más predecible; el problema que se plantea, obviamente, es que convertimos la práctica médica o la medicina especializada en una serie de cientos de procedimientos, y que no hay un hilo conductor. Hay otro problema: una vez que hemos gastado mucha energía y esfuerzo en especializarnos en un área, en un procedimiento, nuestro único deseo es aplicárselo al que le venga bien y al que no le venga tan bien, de manera que creamos una espiral inflacionaria;

- el tercero es la minusvaloración de la organización como componente esencial de la efectividad; Pepe Conde suele presentar esta situación, donde un paciente crónico puede visitar diferentes servicios del Hospital, y, además del proceso agudo, puede padecer distintas combinaciones de estos problemas o comorbilidades: diabetes, discipemia, hipertensión, cardiopatía, artrosis, osteoporosis, etc. Acuce a distintos especialistas que le tratan como si fuera el problema principal y le recetan una ensalada de pastillas, cuyas interacciones y efectos adversos son prácticamente desconocidos.

¿Que tenemos que hacer para conseguir más salud cuando estamos en la llamada “parte plana” de la curva de rendimientos marginales decrecientes?; en otras palabras, qué hacer cuando más dinero ya no equivale a más salud: esencialmente podemos hacer tres cosas: movernos “aguas arriba” hacia los determinantes de salud; aprovechar las brechas entre eficacia y efectividad; y finalmente recetar gestión, gestión y gestión.



Añadiremos algún comentario:

- La salud pública es un gran aliado de la sostenibilidad de los sistemas, y no es solo una actividad para grandes epidemias o grandes crisis.

- La brecha entre eficacia y efectividad, es una estrategia más inteligente que la fantasía habitual de descubrir una la píldora mágica que nos evite el esfuerzo de comprometernos con nuestra salud; en otras palabras, toda la esperanza de mejorar la respuestas a las enfermedades, la tenemos puesta en nuevos tratamientos; pero el control de la tuberculosis, del paludismo o del sida, podríamos hoy mismo mejorarlo mucho si usáramos los recursos terapéuticos que ya tenemos disponibles; no solo hace falta un nuevo arsenal terapéutico sino que hace falta organización y gestión para trabajar bien con lo que hoy tenemos: logística clínica, por lo tanto gestión de enfermedades, gestión de pacientes.

- También precisamos un cambio de perspectiva muy importante; un médico (creo que el Dr. Sancho), definía los cuidados paliativos como los cuidados intensivos del confort; cuando tenemos delante un paciente terminal, no hace falta médico, posiblemente ni enfermeras; hace falta un

auxiliar de clínica que le tenga la cama limpia, bien alimentado y confortable, y sin dolores.

- Y finalmente un cambio en valores: la calidad no es el resultado de un individuo portentoso sino de un equipo bien organizado.

Dos reflexiones finales para cerrar esta intervención: La primera, ¿Por qué no centramos en la relación asistencial como problema central? Y la segunda: profesionalismo.

Ambas reflexiones confluyen en que la clave del cambio en este momento es buscar una gestión pública emprendedora, cediendo poder y capacidad de autorrealización a los clínicos; creo que deberíamos de ensayar primero con incentivos “blandos” (de baja intensidad), ya que no tenemos ni información ni sabiduría como para usar incentivos duros. Y buscar con otros mecanismos alinear los intereses y las visiones de todas las partes.

Estos cambios no son sostenibles sin un depósito de confianza de las Autoridades en los profesionales, y un cambio paralelo de la cultura de los profesionales que permita crear confianza y reciprocidad; construir lo que se llama capital social. De ahí la idea de abonar un nuevo contrato social de los médicos para un Sistema Nacional de Salud sostenible.

No se si la tercera vía será un quimera, una alternativa real; pero honestamente creo que no hay muchos más grados de libertad, por lo menos si buscamos construir una alternativa de Gestión Pública que satisfaga los criterios de bienestar colectivo y de eficiencia social.

Muchas gracias.

SEGUNDO SIMPOSIUM
LA GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

**“GESTIÓN HOSPITALARIA EN TIEMPOS DE CRISIS:
SOSTENIBILIDAD O EL VIAJE A ÍTACA”**

ENRIQUE GONZÁLEZ

Jefe de Servicio de Admisiones y Documentación del Hospital San Agustín
Ex-Viceconsejero de Sanidad de la Junta de Andalucía

24 DE FEBRERO DE 2009

CONFERENCIA

*Cuando emprendas tu viaje a Ítaca
debes rogar que el viaje sea largo,
lleno de peripecias, lleno de experiencias.
No has de temer ni a los lestrigones ni a los cíclopes,
ni la cólera del airado Posidón.
Nunca tales monstruos hallarás en tu ruta
si tu pensamiento es elevado, si una exquisita
emoción penetra en tu alma y en tu cuerpo.
Los lestrigones y los cíclopes
y el feroz Posidón no podrán encontrarte
si tu no los llevas ya dentro, en tu alma,
si tu alma no los conjura ante ti.*

A principios de la década de los noventa, el conocido como “Informe Abril” nos proponía algo así como el viaje a Ítaca, un viaje hacia la sostenibilidad y la modernización del Sistema Nacional de Salud. Casi dos décadas después deberíamos preguntarnos si las experiencias y peripecias que hemos vivido en este tiempo en la gestión sanitaria, nos han acercado a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, si hemos ganado en eficiencia, si hemos vencido a los monstruos, a los lestrigones y a los cíclopes.

Buenas tardes a todos, hombres y mujeres, que habéis llegado hasta esta sala con el ánimo de escuchar diferentes ideas y propuestas alrededor de la gestión de los hospitales, en un momento en que todo nuestro equilibrio económico mundial se viene abajo y se abren importantes incertidumbres. Incertidumbres que alcanzan, como bien saben, a los sistemas de protección social, a las políticas públicas sanitarias y, por tanto, a los hospitales.

Permítanme felicitar al RIDEA por la iniciativa de organizar este Foro sobre la Sanidad, una serie de encuentros que están manteniendo un debate abierto sobre cuyas conclusiones, con seguridad, podremos trabajar en los próximos años.

He de agradecer también a los organizadores del Foro, su amable invitación para participar en él. Es para mí una enorme satisfacción estar hoy aquí con ustedes, en Asturias, en la que es mi tierra, que no ha dejado de estar en mi corazón en los doce años de permanencia en Andalucía, ni dejará de estarlo, a pesar de mi itinerancia profesional.

En esta sesión me gustaría trasladarles alguna respuesta útil a la pregunta que orienta esta semana los trabajos en este Foro ¿qué podemos hacer desde los hospitales por la sostenibilidad del Sistema Sanitario?

Si esta sesión se hubiese celebrado hace un año, seguramente les diría algunas cosas diferentes de las que hoy les quiero plantear. Pero la nueva situación económica internacional introduce nuevos interrogantes, nuevos riesgos para las políticas de protección social, de manera que el viaje hacia la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud aún será largo y, con seguridad, será todavía más difícil.

Desde hace dos décadas venimos haciendo un camino de modernización de nuestro Sistema Nacional de Salud. Hemos incorporado herramientas de gestión muy diversas con el objetivo de rescatar los márgenes de mejora en la eficiencia de nuestros centros sanitarios. La

introducción del Contrato Programa para los hospitales y para la red de atención primaria, representó un enorme avance para vincular los objetivos de actividad con los recursos disponibles. La gestión analítica y el CMBD son otros ejemplos de proyectos que también en su día representaron mejoras sustanciales en el sistema sanitario.

Lo hemos hecho bien, no en vano, hoy, nuestro Sistema Nacional de Salud está considerado como un buen sistema sanitario. Además, decimos que es eficiente, aunque eso no es tan seguro, en mi opinión. Digo esto porque mientras existan bolsas de ineficiencia en los centros sanitarios, aún quedarán márgenes para mejorar. Pero también lo digo porque la eficiencia en sí misma no lo dice todo si no se relaciona con la efectividad de la organización.

En este sentido quedan muchas cosas por resolver; pensemos en la demora en la atención, las llamadas listas de espera, especialmente las que no son quirúrgicas; pensemos en el tiempo que tardamos en hacer un diagnóstico e iniciar un tratamiento; pensemos en las desigualdades en niveles de salud entre territorios y colectivos sociales, como bien se ha puesto de manifiesto en el documento denominado “Análisis del Gasto Sanitario”, elaborado por el Grupo de trabajo de la Intervención General del Estado en el año 2007.

Aún así, el Sistema Nacional de Salud español es un magnífico sistema sanitario, que actúa con criterios de equidad, accesibilidad y universalidad, criterios que hacen que nadie en nuestro país se vea privado de la atención sanitaria necesaria, con independencia de su condición o nivel socioeconómico.

Pero nada hay más peligroso que morir de éxito. Y eso es lo que debemos evitar. Porque desde hace varios años, todos los expertos advierten de la necesidad de tomar decisiones que respondan a los retos y riesgos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios de nuestro entorno; hablaban entonces de envejecimiento de la población, de la aparición de nuevas enfermedades, de la llegada de nuevos medicamentos y nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas.

A esos argumentos tenemos que añadir la aplicación diagnóstica y terapéutica de los nuevos conocimientos genéticos, la medicina regenerativa como nueva esperanza para un grupo de procesos para los que hoy no tenemos la respuesta terapéutica adecuada; podemos, además, intuir el impacto en pocos años de la aplicación de la nanotecnología a la medicina.

Incluso, la aparición de nuevas vacunas que cambiarán el concepto de prevención de la morbimortalidad.

Toda una serie de amenazas para la gestión de los costes de los servicios de salud, no sólo en España sino en todos los países de nuestro entorno.

Y a todo esto hay que añadir la crisis económica a la que me refería hace unos instantes, una crisis económica de incierta duración y de la que aún no llegamos a imaginar la foto final. Una situación en la que se están poniendo en cuestión los cimientos de un orden económico internacional sobre el que hemos vivido los últimos cincuenta años.

En esta crisis se cuestiona la eficacia del Mercado en la asignación de recursos. Se pone en evidencia la insuficiencia de los mecanismos de control y regulación del propio Mercado.

Pero, como siempre ocurre cuando sopla el viento frío en los mercados internacionales, volvemos a escuchar las voces de los que cuestionan el mercado laboral, de los que cuestionan las políticas sociales y, en el fondo, se vuelve a abrir el debate sobre el tamaño y competencias de los Estados frente a los individuos y las organizaciones empresariales.

En este monumental lío económico que aún no ha terminado, que nos hace cada día a todos un poco menos ricos, nada es neutro, las posibles soluciones alternativas son intencionadas y tienen consecuencias. Nos queda todavía mucho por ver y escuchar en relación con esta crisis.

En definitiva, nos encontramos ante una situación de costes crecientes, reducción de ingresos y una evidente inestabilidad económica y social. Este es el entorno en el que tendremos que trabajar los próximos años.

Frente a las amenazas que representan las nuevas demandas en salud y el turbulento entorno económico, nuestro sistema sanitario tiene enormes fortalezas. La más importante es el alto nivel de valoración que los ciudadanos otorgan al sistema sanitario; esta alta valoración se basa en la buena percepción que los ciudadanos tienen de algunos de los elementos nucleares del sistema, como la universalidad, la accesibilidad, la equidad, su amplia cartera de prestaciones y la alta cualificación de los profesionales.

Sobre estas fortalezas debemos continuar modernizando el Sistema Nacional de Salud, debemos seguir en la tarea de modernizar los hospitales y los centros de salud. Debemos continuar el viaje hacia la sostenibilidad; volvamos un instante al Viaje a Ítaca, que nos dice

*Debes rogar que el viaje sea largo,
que sean muchos los días de verano;
que te vean arribar con gozo, alegremente,
a puertos que tú antes ignorabas.
Que puedas detenerte en los mercados de Fenicia,
y comprar unas bellas mercancías:
madreperlas, coral, ébano y ámbar,
y perfumes placenteros de mil clases.
Acude a muchas ciudades de Egipto
para aprender, y aprender de quienes saben.*

Para este viaje que les propongo, debemos apoyarnos en algunas ideas y hechos que a mí me parecen absolutamente fundamentales e irrenunciables.

La primera, la protección de la salud es un derecho de los ciudadanos reconocido en la Constitución Española, en su artículo 43. Y les recuerdo que los derechos son exigibles ante los Tribunales de Justicia.

La segunda, la financiación de la atención sanitaria proviene, fundamentalmente, de los presupuestos públicos.

La tercera, la cobertura poblacional es universal, sin discriminación en el acceso por razones de edad, sexo, origen étnico, condición social o lugar de residencia.

La cuarta, derivada de la Constitución y de la Ley General de Sanidad, el Estado es el responsable de asegurar la protección de la salud y la consiguiente atención sanitaria.

No hay nadie en la sala, estoy seguro, que no comparta estas ideas como fundamentales e irrenunciables. En otras ideas ya no estoy tan seguro que nos pusiésemos de acuerdo en considerarlas como fundamentales. Voy a mencionar algunas.

Les propongo en primer lugar una: “La atención primaria es el pilar fundamental de la sostenibilidad del Sistema Sanitario”.

Me detendré un poco en esta idea.

En mi opinión, la red de servicios de Atención Primaria de Salud es el soporte de la sostenibilidad del Sistema Sanitario porque ofrece servicios de alta resolución con un coste menor que el de las actividades hospitalarias. Los servicios de Atención Primaria son los responsables de la biografía sanitaria de cada persona, de cada uno de nosotros. Los

profesionales de atención primaria son los que más cerca están de nosotros, los que conocen nuestro estado de salud y el entorno en que vivimos.

Me gustaría, además, pedirles que abandonen la idea que hemos venido aplicando desde hace muchos años, ese discurso de “La atención primaria es la puerta de entrada al sistema”. No comparto esta idea porque el sistema sanitario actúa incluso aunque no vayamos al centro de salud; no olvidemos que la protección de la salud, cuyo derecho tenemos reconocido en la Constitución, como les he mencionado, incluye la garantía de la calidad de las aguas de consumo, la protección frente al tabaquismo, el control de los alimentos y de la calidad del aire, incluye también la educación para la salud en los centros escolares.

Además, el profesional de atención primaria, el médico de familia, actúa como agente del paciente en su camino por los diferentes servicios del sistema asistencial. El profesional de atención primaria decide cuándo debe el paciente acudir a una consulta hospitalaria, cuándo debe realizar un estudio diagnóstico, orientando, por tanto, el flujo de los pacientes y, como consecuencia, el flujo de la asignación de recursos para cada caso.

Hagámonos la siguiente pregunta: ¿cuántas atenciones hospitalarias podrían evitarse con una mayor accesibilidad de los profesionales de atención primaria a los medios diagnósticos?

Pensemos que el trabajo del médico de familia se ve reforzado si puede disponer de los estudios radiológicos y biológicos necesarios para realizar un diagnóstico, aplicar un tratamiento y seguir a evolución clínica del enfermo.

Les propongo otra, ¿cuántas estancias hospitalarias podrían evitarse con un sistema eficaz de continuidad en la atención entre los servicios hospitalarios y los servicios de atención primaria?

Les puedo mencionar la continuidad en los cuidados en el alta hospitalaria o la continuidad en el seguimiento de los pacientes intervenidos mediante cirugía mayor ambulatoria o, también, la aplicación de guías de seguimiento de los procesos asistenciales.

Una tercera cuestión sería, ¿cuántas consultas hospitalarias podrían evitarse con la aplicación de guías de procesos en las patologías más relevantes?

Definir en qué momento interviene cada profesional a lo largo de un proceso y disponer de un sistema consensuado para compartir la información relativa a un proceso, permite hacer las cosas que hay que

hacer en el momento que hay que hacerlas y en el ámbito de la organización asistencial más adecuado.

Permítanme una más, ¿cuál es el margen de mejora en el coste global del Sistema Sanitario con una prescripción medicamentosa más ordenada y coordinada?

Del mismo modo podemos hacernos muchas preguntas sobre el impacto en los consumos sanitarios si impulsamos las políticas de prevención de la enfermedad, de protección de la salud o de educación para la salud.

Como ejemplo les citaré que hace algunos días la prensa se hacía eco del importante número de días al año en que el aire en la comarca de Avilés superaba los límites tolerables en concentración de partículas PM10, es decir, en partículas en suspensión con elevado peso molecular, partículas de difícil eliminación por el organismo y cuyas consecuencias para la salud de las personas son relevantes. ¿Cuántos costes soporta el sistema sanitario derivados de la mala calidad del aire que respiramos? O podíamos mencionar las consecuencias del tabaquismo, una causa cierta de muerte, que no somos capaces de erradicar, incluso toleramos, que genera enormes costes asistenciales en todos los países.

Lo que les quiero plantear es que, en mi opinión, no es posible hablar de avances en gestión hospitalaria, en un marco de mejora global de la eficiencia, sin hablar de los servicios de atención primaria. Y habrán podido comprobar que no he mencionado en ningún momento la palabra especialista o especializada para referirme al hospital o a la atención hospitalaria.

Y no lo he hecho por algo evidente, porque los profesionales de atención primaria también son especialistas, porque la atención primaria hoy, exige también un elevado nivel de especialización, por eso la formación del médico de familia se produce dentro del programa MIR.

Hace algunos años que vengo resistiéndome a hablar de niveles asistenciales, precisamente por esa especialización que tiene, aunque no terminamos de reconocer, la red de atención primaria.

Pero también por otra razón, porque considero que hoy los servicios de apoyo diagnóstico no pueden seguir siendo patrimonio de una parte del sistema sanitario; hoy día hay que considerar los servicios de apoyo diagnóstico como servicios que tienen un doble perfil de clientes: los servicios de atención primaria y los servicios hospitalarios.

Esto es muy evidente cuando se analizan organizaciones en las que los centros de salud y los servicios hospitalarios están integrados bajo una misma dirección ejecutiva, como ocurre en el caso de las Áreas Sanitarias Integradas, en Asturias, en Andalucía. Concretamente, cuando diseñamos el Área Sanitaria Norte de Córdoba, agrupamos los servicios asistenciales en tres categorías: servicios hospitalarios, servicios de apoyo diagnóstico y servicios de atención primaria, de modo que el acceso a los medios diagnóstico se producía indistintamente desde los centros de salud o desde los servicios hospitalarios.

Por tanto, primera conclusión: hablar de eficiencia y sostenibilidad en el Sistema Sanitario, implica maximizar la capacidad de respuesta de la red de atención primaria, no sólo en los aspectos asistenciales, sino también en la gestión de las prestaciones complementarias, especialmente farmacia, y en los aspectos de protección de la salud y prevención de las enfermedades.

Dicho esto, centrémonos a partir de ahora en los hospitales y volvamos a la pregunta inicial, ¿qué podemos hacer desde los hospitales para mejorar la eficiencia y acercarnos a la sostenibilidad?

Pues, como dice Kavafis, entre otras cosas, detenernos en los mercados de Fenicia para comprar bellas mercancías y acudir a muchas ciudades de Egipto para aprender, y aprender de quienes saben.

Para ello hacen falta dos cosas muy importantes, humildad y objetividad. Humildad para pensar que aunque lo estemos haciendo bien, puede haber otros lugares en los que se hagan otras cosas diferentes y también tengan buenos resultados, que pueden existir otras experiencias de éxito de las que podemos aprender, incluso importar. Pero también humildad para aprender, como dice el poema de Kavafis, en las ciudades de Egipto, aprender de los que saben, aprender de los que tienen otros conocimientos que pueden sernos de utilidad.

Un matiz, si me permiten, es necesario no confundir aprender con copiar; entendamos aprender como el análisis de las diferentes realidades, extraer las conclusiones, estudiar las fortalezas y debilidades para adaptarlas luego a nuestro medio; copiar es más sencillo pero, como nos ocurre muchas veces con el ordenador, lo de copiar un texto de un formato para insertarlo en otro de distinto formato suele plantear problemas.

Les pondré un ejemplo más cercano a la materia que nos ocupa; se habla muchas veces del modelo de gestión integrado, las gerencias únicas

para atención primaria y atención hospitalaria, como una alternativa para mejorar la continuidad asistencial y la coordinación entre los servicios y unidades; y es cierto que es una alternativa que ofrece mejoras, pero no es exportable a todas partes, necesita que las dos organizaciones tengan cierto equilibrio, es conveniente que no se produzcan muchas atenciones en el área de gestión sanitaria procedentes de otros territorios y es poco probable el éxito si el hospital es un gran hospital regional; en fin, que según y como, que copiar no suele ser buena cosa al hablar de gestionar organizaciones de profesionales

Y decía también que es necesario aplicar el criterio de objetividad; tenemos que ser capaces de despojarnos del manto coloreado que cada uno lleva; tenemos que analizar las alternativas y las experiencias ajenas con una mirada larga, buscando el mejor resultado para los ciudadanos. Y, si quieren se lo digo más claro: dejemos de debatir sobre los diferentes modelos según la posición de gobierno que los impulsa, dejemos de analizar las empresas públicas, las fundaciones, los consorcios, las concesiones administrativas, desde el dogma de la fe de cada uno y centrémonos en dar respuesta a los retos y amenazas del Sistema Sanitario, como nos dice Kavafis, comprando piedras preciosas y aprendiendo. No evoquemos los fantasmas interiores, no evoquemos a los lestrigones y a los cíclopes.

Estamos en un momento extraordinariamente complejo para la gestión pública, para la economía nacional y local, para la sociedad en su conjunto.

Decía al inicio de mi intervención, que esta crisis ha puesto en cuestión la mayoría de las ideas que han venido orientando las decisiones en política económica a nivel mundial y en los diferentes países. Y les decía también que estamos escuchando muchas cosas sobre el origen y los responsables de la crisis, también sobre los caminos a seguir.

En este turbulento momento vuelve el debate sobre el tamaño del Estado, sobre el equilibrio entre las prestaciones sociales, su financiación y el coste de las políticas sociales sobre el aparato productivo.

En este sentido permítanme una referencia al discurso de toma de posesión del 44 Presidente de los Estados Unidos de América, Barack Obama. Decía, “la pregunta que nos hacemos hoy no es si nuestro Gobierno interviene demasiado o demasiado poco, sino si sirve de algo: si ayuda a las familias a encontrar un trabajo decente, una sanidad que puedan pagar, una

jubilación digna. En los programas en los que la respuesta sea sí, seguiremos adelante; en los que la respuesta sea no, los programas se cancelarán. Y los que manejemos el dinero público tendremos que responder de ello –gastar con prudencia, cambiar los malos hábitos y hacer nuestro trabajo a la luz del día-, porque sólo entonces podremos restablecer la crucial confianza entre el pueblo y su gobierno”.

No sé lo que les parece este fragmento del discurso del Presidente americano, pero a mí me plantea muchas preguntas...especialmente dos... ¿cómo gestionar y organizar la sanidad para que sea sostenible?... ¿cómo gestionar el dinero público para que los ciudadanos confíen en los gestores y políticos de la sanidad?

Tiempos nuevos y tiempos difíciles para la gestión pública. Pero sabemos cómo hacer frente a las dificultades. Porque desde su misma creación, el Sistema Nacional de Salud ha ido incorporando herramientas de gestión, ha ido incorporando cambios organizativos, adaptándose a la realidad cambiante de forma permanente. Los hospitales han ido introduciendo herramientas de gestión, han incorporado nuevas formas de organización, han incorporado tecnologías.

Cada vez hacemos mejor la organización de la actividad, hemos mejorado la gestión de las camas hospitalarias, hemos incorporado técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas y hemos incorporado la cirugía mayor ambulatoria, tenemos mejores sistemas de información, entre otras muchas acciones emprendidas en estos años.

Además, se han incorporado nuevas fórmulas de gestión, nuevas fórmulas societarias, como las empresas públicas, los consorcios, o las fundaciones, que han representado avances importantes y han impulsado cambios en el resto de hospitales.

Tenemos que seguir avanzando. Tenemos que continuar identificando áreas de mejora y abordar los cambios necesarios para que los centros sanitarios sean más eficientes y efectivos.

Les plantearé algunas reflexiones sobre los modelos de organización hospitalaria, sobre la gestión de sistemas y tecnologías, sobre la gestión de la calidad y sobre la gestión clínica.

La primera cuestión que no debemos olvidar es que el hospital es una organización que tiene que cumplir su misión, tiene que dar respuesta a las necesidades de salud de la población en su ámbito de competencias. Pero ha de hacerlo en unas condiciones de eficiencia, sabiendo que los

recursos son limitados y que debe aprovechar todas las oportunidades de mejora que identifique.

Porque eso es lo que pide la sociedad, una gestión pública eficaz, transparente y rigurosa con la utilización del presupuesto. No hay ningún argumento que diferencie un hospital de cualquier empresa en el sector de actividad que queramos elegir. Porque, si bien una empresa tiene como objetivo maximizar los beneficios de los accionistas, un hospital en el marco del Sistema Nacional de Salud tiene como objetivo maximizar el beneficio en salud con el presupuesto asignado.

La salud, amigos y amigos, tiene coste y son los ciudadanos con sus impuestos, los que deciden cuánto están dispuestos a aportar.

En consecuencia, los gestores hospitalarios han de hacer un esfuerzo por lograr los mejores resultados asistenciales y en salud de los ciudadanos de su ámbito, haciéndolo, además, con los recursos disponibles.

Y para lograr estos resultados tenemos que buscar las mejores formas de organizarnos, que serán, en mi opinión, aquellas que nos permitan desarrollar una gestión más ágil y eficaz.

Por esta razón han aparecido otras formas de organización diferentes a los clásicos organismos administrativos, precisamente para mejorar los márgenes de decisión y gestión en los hospitales y centros de salud.

Voy a detenerme unos minutos en comentar algunas de estas formas en función de su capacidad para dar mejor respuesta a las decisiones de gestión en las áreas que antes comenté... personal, equipamiento, etc.

En este sentido, los hospitales clásicos, en los que tienen la forma de Organismos Administrativos, los que proceden del Insalud, han avanzado mucho en eficiencia, pero con frecuencia las herramientas de gestión se ven matizadas o limitadas en su efecto por la norma de la Administración como, por ejemplo, la normativa de contratos de las Administraciones Públicas que ha sufrido varias modificaciones, siempre en la misma dirección, incrementando los controles y la burocracia. De la misma manera, el Estatuto Marco, aunque tiene algunos aspectos muy interesantes, su efecto generalizador limita la capacidad de decisión de los gestores en aspectos sustanciales de la relación laboral.

Pese a esto que he comentado, para mí los mayores problemas del régimen administrativo en la prestación del servicio sanitario están en aspectos más conceptuales, como son, por un lado, la dificultad del

procedimiento administrativo para gestionar y controlar una actividad, la del profesional sanitario, que tiene un carácter artesanal vinculada a la aplicación del conocimiento cualificado.

Por otro lado, el carácter político de la Administración hace que se trasladen más allá de la propia estructura de Gobierno, las cuestiones relacionadas con la acción política y el propio debate político, condicionando en muchas ocasiones las decisiones a adoptar.

La Administración no está pensada para gestionar organizaciones que consumen un alto volumen de recursos, en un entorno restrictivo en el que se deben introducir todas aquellas medidas que mejoren la eficacia y la efectividad.

Otra cuestión importante en relación con los hospitales clásicos es que su carácter administrativo los vincula de forma lineal con el nivel de gobierno, como señalaba hace unos instantes, siendo muy difícil separar las funciones de aseguramiento y financiación, por un lado, y la prestación de los servicios, por otro. Y esto tiene trascendencia a la hora de garantizar los derechos de los ciudadanos y ciudadanas.

En este sentido, hay que tener en consideración que las personas son cada vez más conscientes de su condición de ciudadanía y más exigentes con el funcionamiento de los servicios públicos. La ampliación de derechos de las personas en relación con la salud obliga a reflexionar sobre cuál debe ser el mecanismo más eficaz para dar respuesta a las garantías de derechos.

Pensemos, por ejemplo en la declaración de voluntades vitales anticipadas, en el derecho de elección o en la segunda opinión, entre otros. En estas situaciones, la íntima vinculación entre el Gobierno y el prestador del servicio, el hospital, hace difícil establecer el mecanismo de garantía de los derechos de las personas y aplicar medidas correctoras, incluso sancionadoras, en las situaciones de vulneración de derechos. En sentido estricto es el Gobierno quien tiene que garantizar los derechos de los ciudadanos y disponer de recursos para hacer efectivo el derecho.

Les voy a poner un ejemplo de esta última cuestión. Hace unos cuantos meses se produjo un incidente en un hospital de la Comunidad de Madrid (podría ocurrir en otros lugares), se había detectado una infección que originó una serie de fallecimientos de enfermos; a pesar de todos los esfuerzos no se había podido restablecer la normalidad hasta pasados unos veinte meses. Cuando el asunto saltó a la luz, la Comunidad informó a los

ciudadanos y recuerdo una imagen muy elocuente: en una mesa se encontraban alineados el responsable de Medicina Preventiva, la Dirección del Hospital, la Dirección del Servicio de Salud y la Consejería. Todos ellos mantuvieron el mismo hilo argumental explicando y justificando la situación, cada uno desde su posición.

Lo que a mí me llamó la atención fue la ausencia de un espacio para la defensa de los usuarios, ningún organismo oficial asumió la defensa de los derechos de los usuarios y el asegurador, el Gobierno, se alineó con el proveedor del servicio, el hospital.

Con más frecuencia iremos viendo situaciones similares, cada vez la sociedad será más exigente con el funcionamiento de los servicios públicos y con los resultados de dichos servicios. Y eso obligará a una mayor separación entre la función de aseguramiento y financiación y la función de provisión del servicio. Los problemas derivados de la gestión y el funcionamiento de los centros sanitarios no debe ser objeto de discusión en el Consejo de Gobierno; el Gobierno está para hacer política, ampliar los derechos de los ciudadanos y garantizar su aplicación.

Las limitaciones en la prestación de servicios a través de organismos de carácter administrativo, han impulsado la aparición de otras formas de gestión, como Fundaciones o Empresas Públicas sometidas al Derecho Privado. Estas nuevas formas de gestión fueron avaladas en su día por el Congreso de los Diputados.

Las entidades de carácter empresarial y las fundaciones, han podido desarrollar innovaciones organizativas de forma más rápida que los organismos de carácter administrativo; las políticas de incentivos vinculados a los resultados, la autonomía profesional o las innovaciones en la organización de la actividad, son buenos ejemplos de ello.

Pero hay que señalar que también han sido objeto de control creciente a través de las normativas, como la relativa a los contratos de las administraciones, que les afecta plenamente, aunque han mantenido algunas funciones de gran utilidad para la gestión, entre otras la capacidad de gestionar la tesorería y la capacidad de acudir al mercado bancario para captar financiación, lo que les permite, por ejemplo, comprometer calendarios de pago con proveedores, programar inversiones y aprovisionamientos de forma más flexible.

Uno de los aspectos que más se valoraron en su momento en relación con estas organizaciones fue la gestión de personal, sometido al

régimen laboral, con convenio colectivo específico, retribuciones y jornada específicas, derechos laborales singularizados.

Sin embargo, como decía antes, la norma administrativa ha venido a impactar directamente sobre esta oportunidad de gestión de las empresas públicas y fundaciones. Concretamente, el Estatuto Básico del Empleado Público tiene como ámbito de aplicación también al personal laboral de los organismos de administración desconcentrada, condicionando algunos aspectos en materia de retribuciones y situaciones administrativas.

Pese a todas las limitaciones y controles establecidos para los organismos y entidades financiados con los presupuestos públicos sanitarios, permítanme que me pronuncie con claridad y les diga que el modelo de gestión a través de empresas públicas aporta significativas mejoras en relación con los organismos administrativos.

Pero también quiero señalar que estas entidades tienen una cualidad que para mí es la más importante, la que más valor añade, una cualidad que, si dispusiesen de ella los hospitales del régimen administrativo, también les permitiría mejorar su capacidad de respuesta, su efectividad y su eficiencia. Esta cualidad es la singularidad, su autonomía, su personalidad.

Estas entidades de carácter empresarial tienen personalidad jurídica propia y capacidad de obrar, lo que les permite tomar las decisiones organizativas y de gestión más adecuadas a sus necesidades, a su entorno, a las características de su población asignada, a los perfiles casuísticos.

Esto implica, además, dos cosas muy importantes.

La primera, que los procesos de selección de personal son independientes y adaptados a sus necesidades, evidentemente, siempre manteniendo los criterios de transparencia, igualdad, mérito y capacidad, que corresponden a cualquier tipo de proceso de selección de empleo público.

La segunda, consecuencia de la anterior, que los profesionales se vinculan a su empresa, a su hospital, saben dónde van a trabajar y las características específicas del centro; se aumenta el sentido de pertenencia y la vinculación con la estrategia y los objetivos operativos de la empresa.

Y les voy a dar otro dato importante en relación con las empresas públicas: son más transparentes que los organismos administrativos y están sometidos a un seguimiento permanente por parte del Gobierno. Esto es así porque cada empresa cuenta con un Consejo de Administración que aprueba

los planes anuales de actividad, las propuestas de presupuestos y evalúa periódicamente el seguimiento de los objetivos, siendo públicas sus actas.

La forma de empresas públicas permite adaptar con enorme facilidad las decisiones de gestión a las necesidades del entorno.

Como seguro conocen la mayoría de ustedes, en Andalucía, desde inicio de esta década, se viene implantando una red de hospitales de alta resolución, los llamados Chare, que tienen como misión acercar los servicios hospitalarios a lugares en los que no se justifica una inversión para construir un hospital de tipo comarcal, pero que por sus características demográficas (Loja) o geográficas (Sierra del Segura) necesitan un mayor acercamiento de los servicios de atención hospitalaria. Estos hospitales son cada uno diferente, diseñado de forma singular cada uno de ellos, con una organización específica, según las necesidades. Las decisiones que han permitido abrir estos hospitales no serían posibles en el marco administrativo clásico.

Este grado de autonomía también sería posible en hospitales configurados como organismos administrativos. Para ello solamente haría falta voluntad y coraje político para diseñar el proyecto y tramitar la norma reguladora correspondiente. Sería posible dotar así a los hospitales y red de atención primaria de personalidad jurídica, capacidad de obrar, gestión económico-presupuestaria más ágil, más transparencia, podrían contar con un Consejo de Administración.

Bajando un poco al terreno más próximo, esta autonomía generaría mayor compromiso profesional por sentido de pertenencia, estimularía la competencia, no sólo por pacientes, sino también en innovación. Sin duda enriquecería el conocimiento de cada centro y del conjunto de la red sanitaria asturiana.

Una pregunta que yo me hago muchas veces es por qué la discusión de los contrato programa es siempre descendente, desde la dirección corporativa a la dirección del centro sanitario. Si los centros sanitarios tuviesen autonomía, lo razonable sería plantear las líneas generales de actuación para la Legislatura y pedir a los gerentes un programa de gestión cuatrienal, coherente con los objetivos estratégicos y plantear la discusión sobre esta propuesta.

Por tanto, existen formas organizativas, modelos societarios, que pueden aportar importantes mejoras en la eficiencia de los hospitales, medidas que no son imposibles en ningún caso.

Les decía hace algunos minutos que los gestores debían identificar áreas de mejora en las diferentes funciones directivas...personal, equipamientos, infraestructuras... Me referiré brevemente a esta cuestión.

Consideremos un equipamiento diagnóstico de alta tecnología, como puede ser un escáner, una resonancia nuclear magnética, un tomógrafo por emisión de positrones o un angiógrafo digital. Se trata de equipos de tecnología compleja que evoluciona de forma constante. La adquisición de estos equipos se realiza tradicionalmente mediante el programa de inversiones, tienen un periodo de amortización variable en años, más largo que el tiempo en que aparece una evolución tecnológica. Esto quiere decir que la tecnología disponible en un hospital se queda obsoleta en poco tiempo, mucho antes de finalizar el periodo de amortización.

La adquisición del equipamiento por el procedimiento de inversión obliga al hospital a contar con un contrato de mantenimiento del equipo, generalmente costoso y que no incluye consumibles.

Frente a este proceder tradicional, es posible plantearse fórmulas diferentes, de hecho se plantean cada vez con mayor frecuencia.

Una de ellas es el arrendamiento del equipo con compromiso de renovación tecnológica.

Otra línea de trabajo, que a mí me parece más interesante como idea general, es la contratación de estudios diagnósticos, con precio tasado que incluye la amortización del equipo, los consumibles por estudio y la actualización tecnológica. Esta fórmula es la que más riesgo transfiere al proveedor, especialmente si se incluyen penalizaciones por día en que el equipo no esté operativo; es la forma más ventajosa para el hospital porque agiliza la renovación tecnológica, distribuye costes de forma similar entre los sucesivos ejercicios presupuestarios y evita los riesgos de mal funcionamiento y costes indirectos de mantenimiento.

Hay otras situaciones en que se transfiere riesgo al sector privado en la gestión pública, como el caso de Alzira, que no voy a comentar porque hay personas en la mesa mucho más cualificadas para hacerlo.

Lo que les planteo es lo mismo que empezaron a poner en práctica las empresas más eficientes e innovadoras hace ya más de treinta años cuando implantaron la producción “just in time” y comenzaron a transferir riesgos y costes de almacenamiento y producción de componentes a los proveedores de materias primas y productos intermedios.

Las organizaciones de profesionales en las que se utiliza tecnología muy avanzada, son organizaciones muy dinámicas, que requieren un marco flexible, que permita soluciones diferentes en cada caso. Como les indicaba hace unos minutos, la norma de la Administración no es la mejor fórmula para la gestión de estas organizaciones.

Una herramienta que facilita el funcionamiento y la mejora de las organizaciones es la aplicación de las tecnologías de la información. Afortunadamente, estamos ya viajando a velocidad de crucero en la aplicación de estas tecnologías en el sistema sanitario. En poco tiempo será realidad la historia clínica digital, la receta electrónica y la identificación de los usuarios mediante tarjeta inteligente. Esta estrategia digital del sistema sanitario permitirá una reorganización profunda de los hospitales, aparecerán nuevas funciones, desaparecerán otras, y habrá que estar atento a adaptar la organización sin generar costes adicionales.

Pensemos en el impacto de la tecnología digital aplicada a la imagen radiológica, en la historia electrónica única por persona. Son nuevas situaciones que van a cambiar muchos aspectos de nuestra organización. Mejorará la seguridad de la información, estará disponible en cualquier punto de atención del sistema, lo que facilitará la atención al ciudadano, reducirá los costes de gestión y facilitará la organización de la actividad.

Después de mencionar la forma empresarial y algunos aspectos concretos en los que tenemos márgenes de mejora, quiero dedicar unos minutos a hablar de la estrategia de calidad.

En mi opinión, cada centro sanitario debe contar con una estrategia de calidad, bien definida, consensuada y adecuada a sus características. Una estrategia de calidad dinámica que impregna toda la organización y en la que participan todas las unidades.

El enfoque de calidad hoy ya no es un mero análisis de procedimientos y de registros administrativos. Hoy es una estrategia que persigue la excelencia, que persigue identificar las áreas de mejora de una organización y que plantea acciones para abordar las áreas de mejora.

La gestión de la excelencia permite llegar con las acciones de mejora a todos los ámbitos de la organización, no sólo a los servicios clínicos, permite mejorar el funcionamiento de las unidades asistenciales, pero también de todas las unidades administrativas de soporte y los servicios generales.

Y no debemos pensar que la misma estrategia de calidad sea eficaz en cada centro sanitario. Será necesario identificar qué modelo y qué estrategia es la más adecuada en cada caso.

Finalmente, no hay estrategia de calidad sin objetivación externa, sin evaluación externa. Como consecuencia, la estrategia de calidad debe apoyarse en una estrategia de acreditación de centros y unidades.

Quiero abordar el tramo final de esta conferencia refiriéndome a un asunto que en Asturias está en el centro de muchos debates, la gestión clínica, si bien les anuncio que me referiré preferentemente a los aspectos técnicos y conceptuales, dejando al margen otras situaciones que en los últimos tiempos han levantado cierta polémica y que ni conozco ni me compete entrar en ese debate.

Empezaré con un recuerdo de algo ya dicho: la producción de servicios de atención sanitaria tiene un carácter artesanal apoyada en un conocimiento cualificado, siendo el profesional sanitario quien da respuesta a las necesidades asistenciales de la población y quien mejor conoce cómo hacerlo.

La segunda cuestión a considerar es la necesidad de establecer espacios para que los profesionales puedan aportar las propuestas organizativas necesarias para el mejor desarrollo de su actividad dentro del hospital o en el centro de salud. Esto no es una moda que se haya ocurrido a los directivos sanitarios; la descentralización y la autonomía de las unidades es algo que vienen aplicando las mejores organizaciones, las más avanzadas en nuestro entorno.

Un tercer aspecto a considerar en relación con la gestión clínica es la relación directa entre la decisión clínica y la asignación de recursos.

Tres razones, por tanto, para considerar que la aplicación de la gestión clínica en los centros sanitarios, hospitales y centros de salud, es una línea de trabajo que permite mejorar la organización y la eficiencia porque facilita la autonomía del profesional para mejorar la organización de la actividad y permite monitorizar las necesidades de asignación de recursos de forma más nítida.

En mi experiencia, la aplicación de la gestión clínica y la configuración de unidades funcionales multidisciplinares tienen un impacto favorable en la organización y se convierten en referencias de mejora para el resto de la organización.

Las mejoras objetivadas en la aplicación de la gestión clínica son muchas.

Puedo citarles algunas como, por ejemplo,

Una atención más personalizada que, en atención primaria, cobra mayor dimensión al reforzar el papel de la enfermería en la gestión de los cuidados y en la promoción de hábitos saludables.

Reduce la variabilidad en la práctica clínica al incorporar la aplicación de guías de práctica clínica, guías de procesos asistenciales y protocolos de consenso.

Permite profundizar en estrategias de seguridad del paciente derivadas de la aplicación de guías de práctica clínica, de la utilización de prácticas clínicas basadas en la evidencia científica disponible.

La aplicación de criterios de buena práctica clínica permite una mejor prescripción de medicamentos y mejorar la relación coste-efectividad.

Estas áreas de mejora de los hospitales y centros de salud pueden desarrollarse sin configurar unidades de gestión, sin duda, pero la configuración de equipos multidisciplinares con mayor nivel de autonomía, facilita el consenso profesional, facilita la toma de decisiones compartidas y genera un motor de cambio muy importante.

Para que la gestión clínica sea una aportación real a la organización, debe apoyarse en un cambio en la práctica clínica, incorporando la utilización de guías de procesos asistenciales, guías de práctica clínica, protocolos de actuación consensuados y, de forma especial, una metodología de trabajo que esté orientada a la mejora continua, a la calidad de servicio, en definitiva, a la excelencia en la gestión.

Un elemento determinante en la aplicación de la gestión clínica es la existencia de liderazgos profesionales que sean referencia para los miembros de la unidad de gestión clínica y también para el resto de la organización. Liderazgo profesional y también organizativo, un liderazgo que permita trasladar a todos los miembros de la unidad los valores de trabajo en equipo multidisciplinar y que garantice la participación de los miembros de la unidad de gestión en la toma de decisiones, en la elaboración de la propuesta de objetivos y en la evaluación de los mismos.

La configuración de los centros sanitarios a través de unidades de gestión clínica, es coherente con el texto del Estatuto Marco y de la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias, que hablan de la calidad, de la

mejora continua, del trabajo a través de guías clínicas y de la configuración de equipos multidisciplinarios.

El propio Estatuto Marco es muy explícito al establecer dos grupos profesionales, el personal sanitario y el de administración y servicios, definiendo el core de la organización, por un lado, y, por otro, la estructura de apoyo.

La aplicación de esta línea de trabajo representa un cambio muy sustancial en las relaciones internas en la organización, reorientando la estructura directiva profesional, las direcciones médica y de enfermería, hacia la coordinación general, la organización general y la calidad, quedando la gestión de los recursos descentralizada en las propias unidades. Como consecuencia, han de cambiar los mecanismos para la toma de decisiones de forma que sea efectiva la presencia de los responsables de las unidades en los foros de decisión.

Todo ello, como es lógico, alineado con la misión de la organización, sea centro de salud o sea hospital. Es decir, todas estas mejoras están orientadas a mejorar la atención al ciudadano y hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud.

Como tantos proyectos estratégicos, la implantación de unidades de gestión clínica debe apoyarse con una estrategia de incentivos bien definida y con mecanismos de evaluación transparentes. Pese a ello, como ocurre en muchas ocasiones con la estrategia de incentivos, una vez pasado el momento de inicio, el verdadero incentivo es la autonomía profesional y la participación en las decisiones.

Añadiré, enlazando con lo que ya mencioné en relación a la autonomía de los centros, que la implantación de las unidades de gestión clínica exige una dirección de hospital o de atención primaria que disponga del máximo nivel de autonomía en la toma de decisiones; no es coherente, ni viable, que la autonomía de las unidades de gestión clínica no trabajen en una organización autónoma.

En resumen, y ya voy finalizando, los gestores sanitarios y los políticos tienen un importante reto, modernizar y hacer viable el Sistema Nacional de Salud en un escenario económico y social que nunca antes de había producido desde la creación del Estado del Bienestar. Ellos tienen la máxima responsabilidad ante la sociedad.

Pero los profesionales no podemos escapar a esta responsabilidad, porque de la forma de hacer nuestro trabajo depende también en buena

medida, la sostenibilidad del propio sistema y, sobre todo, la mejora en el nivel de salud de la población.

En estos momentos estoy convencido que lo que necesitamos, al igual que representa Barak Obama, es audacia y una buena dosis de idealismo.

Idealismo y audacia para dar un nuevo impulso a la organización y gestión de los centros sanitarios, para incorporar nuevas estrategias, para gestionar mejor, para lograr la máxima confianza de los ciudadanos, incluso aunque algunas decisiones puedan no ser muy populares.

Pensemos que hablar de sostenibilidad no es únicamente hablar de financiación del Sistema; sostenibilidad es hablar también de buena gestión, es hablar de tener argumentos para defender la esencia del Sistema basados en hechos y datos.

Recordemos lo que nos dice el Viaje a Ítaca, de Kavafis, los lestrigones y los cíclopes no podrán encontrarnos si nuestra alma no los evoca, si nuestro pensamiento es elevado. Miremos al futuro, aprendamos de los sabios de las ciudades de Egipto, compremos bellas mercancías en los mercados de Fenicia.

Hemos hecho un largo camino hasta aquí. Un camino apasionante lleno de retos y dificultades. Entre todos, políticos, gestores, profesionales, expertos y ciudadanos, hemos llevado el Sistema Nacional de Salud a una situación impensable hace años, por su calidad, por su capacidad de respuesta, por su equidad, logrando una alta satisfacción y valoración entre la población.

Ahora nos queda un largo y complicado camino que va a poner a prueba nuestra capacidad, nuestro compromiso, nuestra audacia, nuestra generosidad.

Porque con seguridad, habremos de afrontar enormes dificultades, económicas y sociales, pero no olvidemos que nuestro Sistema Nacional de Salud es patrimonio del conjunto de la sociedad y tenemos la obligación de mantenerlo y hacerlo viable.

Permítanme, finalmente, completar el poema de Kavafis,

*Conserva en tu alma la idea de Ítaca:
Llegar allí, he aquí tu destino.
Mas no hagas con prisas tu camino;
mejor será que dure muchos años,
y que llegues, ya viejo, a la pequeña isla,
rico de cuanto habrás ganado en el camino.
No has de esperar que Ítaca te enriquezca:
Ítaca te ha concedido ya un hermoso viaje.
Sin ella, jamás habrías partido;
mas no tiene otra cosa que ofrecerte.
Y si la encuentras pobre, Ítaca no te ha engañado.
Y siendo ya tan viejo, con tanta experiencia,
sin duda sabrás ya qué significan las Ítacas.*

Muchas gracias y buenas tardes.

SEGUNDO SIMPOSIUM
LA GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

***“MODELOS DE GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DEL SERVICIO DE
SALUD: LA EXPERIENCIA VALENCIANA”***

ROSANA SABATER

Jefe de Servicio de Coordinación y Planificación de Recursos Económicos
Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana

24 DE FEBRERO DE 2009

CONFERENCIA

Buenas tardes.

En primer lugar debo excusar a mi jefe, a mi Director General, quien me pidió el viernes hacer esta ponencia, y ayer lunes exactamente tampoco sabía sobre que tenía que hablar. Espero no decepcionaros y os pido de antemano excusas pues esto ha sido así de precipitado, y tampoco estoy acostumbrada demasiado a estas cosas.

Me estaba comentando Martín hace un momento que se iba a hablar del modelo Alzira, si queréis después me podéis preguntar cosas. Pero la ponencia, no nos gusta llamar a lo que estamos haciendo en la Comunidad Valenciana Modelo Alzira si no que le llamamos Modelo de Financiación de la Comunidad Valenciana, que evidentemente viene de lo que se inició en Alzira en el año 1999. Eso es lo que voy a intentar explicaros, si después tenéis curiosidad por algunas características especiales de las concesiones me preguntáis no tengo ningún problema.

Debo deciros que no soy personal asistencial, soy de administración general, licenciada en derecho y tampoco he estado toda mi vida en Sanidad, llevo desde el año 2003, que me llamó Eloy Jiménez a su Dirección General y entonces junto con otros compañeros y fundamentalmente otra compañera que es Carmen Aguado, ayudamos a Eloy a implementar el modelo de financiación capitativa y la compensación entre departamentos de salud. Aparte de ayudar en esto llevo el control de las cuentas sobre las concesiones, de cómo van las cosas, la facturación de las concesiones y demás, por eso os digo que si después me queréis preguntar algo, supongo que al final de las ponencias hay un poquito de debate y si alguien tiene alguna curiosidad, si puedo le contesto.

Como partíamos de esta tesis, en la práctica en la Comunidad Valenciana y concretamente en la Conselleria de Sanidad, desde el año 2005 hemos implantado un nuevo modelo de financiación de los departamentos, lo que serían los departamentos de áreas de salud de la Comunidad Valenciana. Afirmamos que este nuevo modelo organizativo parte de la concesión de la Ribera que fue la primera concesión sanitaria que tuvimos que empezó en el año 1999, el hospital empezó a trabajar en el año 1999, han tenido una vida paralela, prácticamente como consecuencia de implantar o empezar a gestionar un departamento a través del modelo de concesión. La organización y la nueva gestión y financiación de los departamentos ha venido mas o menos haciéndose en paralelo a esto, porque si nuestro gobierno había decidido tener 5 concesiones, de alguna manera nosotros también tenemos que organizarnos para ir todos a una y poder llevar una organización parecida.

EL NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA

→ **TESIS:**

Podemos afirmar que el Modelo Organizativo y Financiero de la Sanidad Valenciana y la Concesión de La Ribera, han tenido una vida "PARALELA"

Ambos se han influido recíprocamente

Ha pasado que el crecimiento de los dos modelos de la financiación de los departamentos y de las concesiones se ha ido influyendo mutuamente y se han ido limando determinadas cosas que a lo mejor en un primer momento no estaban en Alzira y que hemos ido limando después.

En realidad el modelo Alzira, lo que en un primer momento se llamaba modelo Alzira que ahora nosotros ya preferimos llamar modelo Comunidad Valenciana cuando se empezó a implementar, en este momento mi Director General que si que llevaba en Sanidad muchísimo mas tiempo era un Jefe de Servicio y si que empezaron a estudiar mas que nada un nuevo modelo de financiar a todos los departamentos de salud, lo que pasa en el primer sitio que se implementó fue en la comarca de Alzira precisamente porque era una de las áreas de salud, en aquel momento se llamaban áreas de salud no departamentos, pese a ser un área concreta de salud no tenía un hospital propio de referencia y ya en un momento en que la financiación sanitaria era deficitaria se pensó en acudir a este tipo de colaboración público-privada para la construcción del hospital y a partir de ahí financiar también la asistencia sanitaria y que la gestión sanitaria en su totalidad, bueno en su totalidad no, porque en un primer momento fue solo la atención hospitalaria la llevara a cabo un gestor privado a través de una concesión, pero los principios en los que se basaba este tipo de financiación o la implementación de este modelo ya se habían pensado desde antes.

EL NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA

ARGUMENTOS:

- Desde antes incluso de 1996, se realizan estudios para diseñar un nuevo modelo de GESTIÓN, ORGANIZACIÓN Y FINANCIACIÓN, con tres principios básicos:
 - a) DESCENTRALIZACIÓN de la gestión.
 - b) INTEGRACIÓN DE LA ASISTENCIA, mediante la eliminación de escalones
 - c) CAMBIOS EN LA FINANCIACIÓN: presupuesto único de base *capitativa*
- En 1997, se licita el primer contrato de gestión de servicios públicos por Concesión (descentraliza y transfiere riesgos) para el Hospital de La Ribera. La retribución del concesionario ya es de base *capitativa* (3º principio), aunque solo para asistencia especializada

Se habló ya en el año 96 cuando se empezó a diseñar todo este modelo de que tendría que haber una gestión mas descentralizada de la provisión de servicios y de la gestión de estos servicios, se empezó a hablar de que se tenían que eliminar los escalones asistenciales de alguna manera que tenía que haber una mayor integración de la asistencia sanitaria y por último se hablaba también de que no tenía sentido continuar financiando a los departamentos de salud, en aquel momento áreas, de la manera en que se estaban financiando que básicamente era a través de presupuestos históricos incrementalistas, todos los años pues dábamos un poquito mas de lo que dábamos en años anteriores, entonces se pensó que era mejor financiar a los departamentos de salud en función de su población protegida, en función del número de habitantes, es decir a través de una base capitativa, por cabeza, con todas estas premisas se licita en el año 97 el primer contrato de gestión de servicios públicos por concesión que ya transfiere y por tanto descentraliza toda la gestión en un operador privado que sería el concesionario y este operador privado tendrá que construir el Hospital de la Ribera y a la vez tendrá que gestionar la asistencia sanitaria especializada en este caso hospitalaria de toda la población del área de la Ribera, para financiarse el pago o la retribución que recibirá el concesionario será una retribución capitativa en función del número de habitantes que tiene en ese momento de tal manera que se calculó una cápita, me parece que en el año 97 era de 33.000 Pesetas entonces, por cada habitante de ese departamento se pagaban 33.000 Ptas. y con eso el gestor tenía que darle toda la asistencia hospitalaria que fuera necesaria para cualquier habitante, pero también a la vez, cuando se atendía a otro paciente de otro departamento de salud o bien un paciente de la Ribera era atendido en otro hospital de la Republica , pues entonces ahí había una especie de compensación por los gastos que conllevaba la asistencia de este paciente que no era propio, eso me parece que si que lo habréis oído todos en diferentes charlas que hemos tenido y en diferentes foros.

Dos de los principios que habíamos hablado que era la descentralización de la gestión y el modo de financiación se recogía en este nuevo modelo pero había algo que quebraba el modelo y que no se llevó a cabo en ese primer momento que era la integración de la asistencia sanitaria. Por eso precisamente, pasados 4 años cuando se ve que además, por una parte estaba la asistencia primaria gestionada directamente por la propia administración y por otra parte la gestión hospitalaria gestionada por

un gestor privado hubieron unos determinados problemas que no acabaron de convencer a como se estaba prestando en ese momento el servicio por lo que se decidió resolver el primer contrato y sacaron una nueva licitación también por concesión pero donde ya el gestor privado se tenía que hacer cargo de toda la asistencia integral de todos los habitantes de esa zona por tanto se incrementó la capita pero ya el gestor privado tenía que dar asistencia no solo hospitalaria si no también especializada ambulatoria y primaria para todos los habitantes del departamento, por tanto desde el principio que era la eliminación de los escalones asistenciales o sea la integración de la asistencia sanitaria es cuando ya se contempla en esta segunda licitación que ponemos en marcha en el año 2003 , con la misma formula sacamos ese mismo año 2003 la fórmula concesional a través de concesión el departamento de Torrevieja, que empezó a trabajar, abrió sus puertas a finales del 2007, ya estamos trabajando con esta concesión también y este año se ha puesto a trabajar en Denia el tercer departamento que tenemos por concesión administrativa, también en el año 2003 se aprobó nuestra ley de ordenación sanitaria donde ya a nivel normativo se recogen estos tres principios.

EL NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA

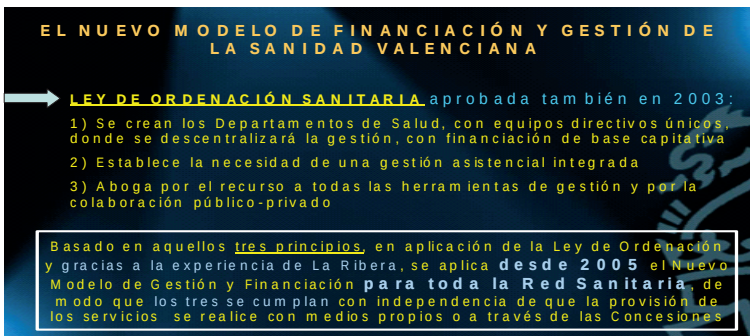
→ UN PASO ADELANTE: 2003

- Vista la experiencia real de estos cuatro años, se resuelve el anterior y se adjudica el nuevo contrato en el que ya se contempla la asistencia sanitaria integral, **cumpliendo así los tres principios citados**
- También se adjudica por la fórmula concesional la gestión del Departamento de Torrevieja (2ª Concesión)
- También en 2003 se aprueba la Ley de Ordenación Sanitaria
- Posteriormente se adjudican las concesiones de Denia, Manises y Elx - Crevillent

Es lo que nos permite poner en marcha lo que después ya nosotros hemos empezado a llamar modelo de gestión y financiación sanitario valenciano, porque no nos gusta llamarlo exactamente modelo Alzira, fue lo primero, pero después hemos perdido, y con base a todos estos principios que ya os he contado, licitamos también Denia, Manises, que abrirá en Mayo y Crevillente que seguramente abrirá el Hospital el año que viene.

El operador en todos estos casos se compromete a realizar unas obras de infraestructura que normalmente es un nuevo hospital y empieza a tener sus retribuciones en el momento en que se pone en marcha el nuevo hospital con la fórmula capitativa que ya todos conocéis y aparte de eso durante los 15 años que dura la concesión pues también tiene un plan de inversiones en el que va acometiendo una serie de infraestructuras sanitarias que se van decidiendo entre el concesionario y la propia administración.

Como os decía la Ley de Ordenación Sanitaria que se aprobó en el 2003 fue la que permitió que este modelo que se inició en Alzira se extendiera al resto de departamentos porque esta ley de ordenación sanitaria crea los departamentos de salud y ya habla de una descentralización de la gestión, hasta ese momento la gestión estaba muy centralizada en los servicios centrales de la Conselleria a partir de este momento se descentraliza la gestión y establece que habrá equipos directivos únicos por departamento y exactamente la ley no habla de una financiación de base capitativa pero si que es verdad como veremos después que si establecemos una gestión integral de unos equipos directivos únicos pensamos que la financiación capitativa es necesaria, no se que es primero si la financiación capitativa o la integración de los equipos y la integración asistencial o lo otro pero en cualquier caso una cosa a nosotros nos parece consecuencia de la otra, o causa de la otra.



EL NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA

→ **LEY DE ORDENACIÓN SANITARIA** aprobada también en 2003:

- 1) Se crean los Departamentos de Salud, con equipos directivos únicos, donde se descentralizará la gestión, con financiación de base capitativa
- 2) Establece la necesidad de una gestión asistencial integrada
- 3) Aboga por el recurso a todas las herramientas de gestión y por la colaboración público-privado

Basado en aquellos **tres principios**, en aplicación de la Ley de Ordenación y gracias a la experiencia de La Ribera, se aplica **desde 2005** el Nuevo Modelo de Gestión y Financiación **para toda la Red Sanitaria**, de modo que los tres se cumplan con independencia de que la provisión de los servicios se realice con medios propios o a través de las Concesiones

Por otra parte también la ley de ordenación sanitaria establece la necesidad de eliminar los escalones asistenciales y de hablar de una gestión asistencial integrada y por último permite no solo a través de esta ley si no que ya previamente me parece que es en el año 97 cuando se aprueba la ley de nuevas fórmulas de gestión, pero ya la ley estatal que permite las nuevas formas de gestión en el ámbito sanitario y basándose en esta ley del año 97 también la ley de ordenación permite el establecer nuevas fórmulas de gestión en los departamentos y entre ellas permite, que ya lo permitía la ley del año 97, por la colaboración publico-privada, que es en lo que se basa básicamente las concesiones para la prestación de los servicios publico sanitarios que hemos sacado nosotros, basado en estos tres principios y en aplicación de la ley de ordenación sanitaria y evidentemente gracias a la experiencia de la Ribera ya decíamos que nos retroalimentamos unos a los otros, el primero que nos alimentó a lo mejor fue la Ribera pero después esto lo hemos extendido, se aplica ya desde el año 2005 el nuevo modelo de gestión y financiación para toda la red sanitaria de modo que los tres principios de los que hablábamos al principio es decir, la descentralización, la gestión sanitaria integrada y también la financiación capitativa se aplica a todos los departamentos de salud que tenemos en la Conselleria, en estos momentos tenemos 22 departamentos de salud en todos ellos aplicamos la misma fórmula y dentro de poco tendremos un nuevo departamento de salud porque cada vez que abrimos una nueva concesión, la concesión se le delimita territorial y poblacionalmente, entonces cuando se le implemente la concesión de Manises, que será en Mayo, tendremos un nuevo departamento de salud.

Partimos de la base, ya os lo he comentado, la integración de la gestión y la financiación capitativa son dos conceptos que se necesitan recíprocamente, no sabemos cual viene antes pensamos que uno sin el otro no tiene demasiado sentido porque la financiación capitativa solo tiene sentido cuando se da una gestión integrada y esta da lugar a que la asignación per capita sea el modelo mas equitativo de asignación de recursos y aquí exponemos una serie de objetivos o de principios por lo que nos parece necesario que la gestión integrada vaya acompañada de una financiación capitativa, la gestión integrada permite eliminar compartimentos estanco por la existencia de dos escalones asistenciales pero a su vez, la financiación capitativa permite realizar una distribución equitativa de los recursos porque el gestor del departamento va a recibir

toda la financiación para ese departamento no diferenciada entre asistencia primaria y asistencia especializada y todo el equipo directivo encargado de gestionar ese presupuesto calculado de forma capitativa, tendrá que ser el responsable de donde mete mas dinero si en el hospital o en atención primaria o allá donde decida, corre el peligro de que si mete mas dinero durante un tiempo en el hospital, básicamente los hospitales son los grandes consumidores de recursos económicos pues al final si la primaria está muy desabastecida va a generar mucho gasto porque todo el mundo va a acudir a un hospital que es el que mas gasto genera con lo cual a lo mejor le conviene mas tener una primaria potente para evitar que la gente tenga que acudir necesariamente al hospital, bueno eso ya el puede tener la foto de su departamento y empezar a distribuir los recursos como le parecen mas adecuados, también uno de los objetivos entre la gestión integrada es evitar las duplicidades de pruebas diagnósticas y de visitas aumentando la eficiencia global del sistema que es lo que tenemos en la financiación capitativa porque si se integran estos dos escalones muchas veces desde primaria especializada no es necesario repetir determinadas pruebas y tendremos mas dinero, ahorraremos dinero, no es que ahorremos dinero, nosotros no pretendemos ahorrar dinero simplemente no gastaremos ese dinero en cosas duplicadas y lo podremos emplear para otras cosas.

EL NUEVO MODELO DE ORGANIZACIÓN, GESTIÓN Y FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA

• **INTEGRACIÓN DE LA GESTIÓN Y FINANCIACIÓN CAPITATIVA SON DOS CONCEPTOS QUE SE NECESITAN RECÍPROCAMENTE:**

• **La financiación capitativa sólo tiene sentido con una gestión integrada y ésta da lugar a que una asignación “per-cápita” sea el modelo más equitativo de asignación de recursos.**

OBJETIVOS DE LA GESTIÓN INTEGRADA:

- Eliminar compartimentos estancos por la existencia de dos “escalones” de asistencia
- Evitar duplicidades de pruebas diagnósticas y de visitas, aumentando así la eficiencia global del sistema
- Promover cooperación y coordinación de los servicios y los profesionales
- Potenciar el papel de A. Primaria como puerta de acceso al sistema y contacto con el ciudadano
- Posibilitar y dar soporte al modelo de financ. capitativa

OBJETIVOS DE LA FINANCIACIÓN CAPITATIVA:

- Realizar una distribución equitativa de los recursos
- Aumentar la eficiencia global del sistema
- Promover una asistencia integral y preventiva.
- Facilitar transformación rápida de la oferta adaptada a las necesidades y expectativas de la población

Por otra parte también esta integración de la gestión asistencial va a promover la cooperación y coordinación de servicios profesionales y al mismo tiempo promoverá una asistencia integral y preventiva que pensamos que siempre, es más, no me gusta decir económica, pero evita posiblemente más gastos que si no hay una asistencia preventiva porque al final toda la gente tendría que acudir a un determinado hospital, potencia el papel de la primaria como puerta de acceso al sistema y de contacto con el ciudadano y posibilita dar soporte al modelo de financiación capitativa y al mismo tiempo, por lo que os decía al principio, puede facilitar una rápida transformación de la oferta porque el equipo directivo del departamento que será único para toda la asistencia pueda hacer mejor una foto de su departamento y pensar en que emplea mejor sus recursos, si por ejemplo estamos hablando de un departamento donde su población está muy envejecida pues a lo mejor le conviene en los propios hospitales de agudos si no tiene cama socio-sanitarias o no tiene hospital socio-sanitario de soporte empezar a crear más camas de crónicos que requieren menos cuidados a lo mejor de médicos y más de enfermería o ver que esas cosas le permiten, y como su presupuesto es único lo puede dedicar aquí y no decir pues es que esto estaba en especializada y sin embargo la atención socio-sanitaria yo la tenía en otro programa, no ahora tengo que empezar , puede dedicarlo a lo que el considere más conveniente.

EL NUEVO MODELO DE ORGANIZACIÓN, GESTIÓN Y FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA

UNA REFLEXIÓN: ¿ Por qué se implanta la gestión integrada y la financiación capitativa en todos los Departamentos a la vez ?

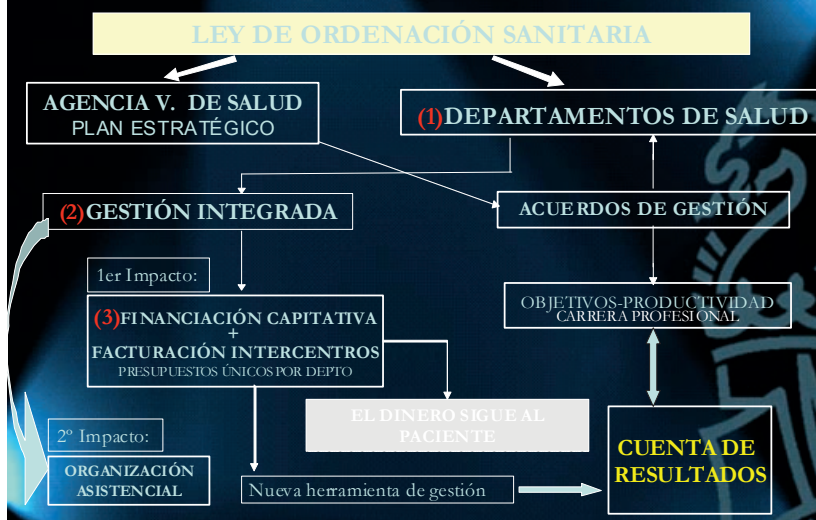
- 1.- Es cierto que existía la experiencia previa del Area de Alcoi, integrada desde 1991, pero sólo a nivel de "gerencia": LA GERENCIA ÚNICA NO GARANTIZA UNA VERDADERA INTEGRACIÓN.
- 2.- En este sentido ha sido fundamental la experiencia de la Concesión de La Ribera, verdadero impulsor del cambio en la A.V.S.
- 3.- Una vez que se concluye la necesidad del cambio y las posibilidades de mejora a través de él, este debe aplicarse de forma enérgica para lograr plenos efectos, sin necesidad de "pruebas" en ámbitos muy reducidos o simulaciones virtuales, que diluyen su impacto.

Llegué a la Conselleria en el año 2003 y fue cuando empezamos a trabajar, aunque Eloy había tenido un paréntesis porque estuvo en otra Conselleria, estuvo 4 años de paréntesis, cuando volvimos el equipo que mas o menos estamos ahora a su alrededor, muchos de nosotros no habíamos trabajado nunca en Sanidad, nos pusimos a trabajar en esto y decidimos, primero tuvimos 2003 y 2004 empezamos a diseñar el modelo pero ya en el 2005 arrancamos el modelo aunque de una manera un poco limitada pero no por los departamentos si no por otra cuestión, por la compensación que os comentaré después, pero decidimos que no íbamos a hacer un pilotaje, no íbamos a decir, bueno arrancamos en un departamento vemos si esto funciona y si funciona lo extendemos, sino que pensamos que, si nos estrellábamos a lo mejor nos estrellábamos pero que íbamos a hacerlo en todos los departamentos a la vez porque se habían tenido experiencias desde hacía mucho tiempo en un área de salud que era el área de salud de Alcoy con una gerencia integrada pero que sin embargo no había dado los resultados que se habían planteado, porque la gerencia si que estaba integrada tenía presupuesto para asistencia primaria, presupuesto para asistencia especializada y además era un isla y con el modelo que nosotros hemos diseñado, cuando os cuente un poco la compensación y como se financian los departamentos que aparte de la financiación capitativa también tienen ingresos por la compensación, por la atención a pacientes de otro departamento, si creábamos una isla esa compensación y esa fuente de ingresos que puede ser la compensación por la atención de otros pacientes, por pacientes de otros departamentos no sabíamos si iba a funcionar, posiblemente no iba a funcionar entonces pensamos que íbamos a por todas que nos lanzábamos a todos los departamentos y que a ver lo que pasaba, que lo único que a lo mejor desde un principio no teníamos, porque eso hubiera supuesto mucho esfuerzo, es que cualquier actividad asistencial se compensara, empezamos compensando unos determinados tipos de actividad asistencial y poco a poco vamos ampliando esta cartera de actividad asistencial que compensamos por todo el trabajo que supone poder llegar a compensar, que ya os lo cuento después.

EL NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA

¿CUÁL ES EL DISEÑO GLOBAL DE
ESTE NUEVO MODELO DE
GESTIÓN Y FINANCIACIÓN?

EL NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA



El diseño global de este nuevo modelo de gestión y financiación lo tenemos aquí y viene un poco lo que está definido en nuestra Ley de Ordenación Sanitaria, la Ley de Ordenación Sanitaria del año 2003, por una parte crea la Agencia Valenciana de la Salud que es el ente financiador y a su vez crea los departamentos de salud, lo que eran las antiguas áreas de salud que serán los proveedores de la asistencia sanitaria y los que tendrán esta descentralización de la gestión, los departamentos de salud tienen una gestión integrada porque tienen un equipo único y porque gestionan la sanidad en su conjunto no dividida entre primaria y especializada y el primer impacto que se produce o el primer impacto que se nota es que ellos van a recibir un presupuesto único por departamento calculado en base capítativa, es decir según el número de habitantes que tenga en ese momento, pero además como veréis después, no solo se van a financiar por el importe que reciban según el número de habitantes que tengan si no que también cuando atiendan a pacientes de otros departamentos se va a producir una especie de ingreso de facturación intercentros que llevamos nosotros, el departamento de origen pagará al departamento donde al final se haya atendido al paciente por el importe de esa asistencia sanitaria, es lo

que nosotros gráficamente decimos el dinero sigue al paciente, es decir cada paciente tiene en el departamento de salud un dinero asignado y si ese paciente no es atendido en su departamento y es atendido en otro, entonces el departamento origen del paciente pagará al departamento donde se atiende por un determinado importe, no en este caso la prima, base la cual se calcula la capita actúa como una especie de seguro, que asegura el riesgo pero no el siniestro, pero en el caso de que efectivamente el paciente se ha atendido en otro departamento entonces lo que pagamos ya no es el aseguramiento del riesgo si no del siniestro, el importe en si de la asistencia sanitaria sea cual sea el importe que sea, que normalmente no será el importe de la capita sino mucho más elevado, porque el importe de la capita es un seguro de riesgo no de siniestro, como cualquier seguro; este es el primer impacto que se produce, el segundo impacto que se produce como veis aquí es el organigrama asistencial que veréis después, pero además dentro de la financiación capitativa también nosotros pensamos en evaluar la gestión de los departamentos y sobre todo la gestión económica de los departamentos a través de la contabilidad presupuestaria que es la que en general tenemos todas las administraciones públicas, pues no nos iba a decir demasiado porque la contabilidad presupuestaria, yo supongo que la mayoría de vosotros sois asistenciales pero si sois gestores supongo que también habréis tropezado con la contabilidad presupuestaria, que básicamente apunta en cada epígrafe de la contabilidad los gastos que se van produciendo, pero apuntas los gastos, pues esto va al capítulo 6, esto va al capítulo 2 voy haciendo esto y ya está pero no te dice si se está gastando de mas o de menos ni si se está gastando de manera eficiente entonces pensamos que para evaluar la gestión de estos departamentos era mejor hablar de cuenta de resultados a través de esta cuenta de resultados nosotros al principio del año les decimos a los departamentos de salud a qué financiación tienen derecho, que muchas veces no coincide con la que está en la contabilidad presupuestaria, sobretodo porque como a casi todo el mundo nos falta dinero entonces llegamos hasta donde llegamos pero si a lo que tienen derecho, y los evaluamos por lo que les dice la contabilidad presupuestaria si no en función de a lo que tienen derecho con eso si ellos han gestionado bien el dinero al que tienen derecho, les damos una serie de incentivos que es repartirles mas dinero al año siguiente, y si no nos vamos trampeando, es evidente que aquí no hay transferencia de riesgos con nuestros departamentos gestionados por gestión pública, pero si que se les

aprieta y se les da menos dinero y en los departamentos gestionados por concesión pues es que ahí nosotros hay total transferencia de riesgos y tienen únicamente lo que ellos consiguen a base de su financiación capitativa y de la facturación intercentros, por otra parte los departamentos de salud cuando se crearon también desde el año 2004 me parece ya empezamos a suscribir con ellos una serie de acuerdos de gestión, en un primer momento solo entraba la asistencia especializada pero después ya se firman acuerdos de gestión con todo el personal tanto de especializada como de primaria y en estos acuerdos de gestión se plasman una serie de objetivos y se establecen una serie de incentivos también por el cumplimiento de estos objetivos, también por otra parte a lo largo de este tiempo hemos aprobado la carrera profesional y aunque la carrera profesional no tiene mucho que ver con la cuenta de resultados, si del cumplimiento de los objetivos, si que se tiene en cuenta en el momento de ver la cuenta de resultados porque algunos de estos objetivos son objetivos económicos y se ha visto que a través de estos objetivos y de esta productividad plasmada en los acuerdos de gestión a veces la cuenta de resultados de un departamento ha mejorado según los objetivos que se han puesto. De esto seguramente si sois asistenciales sabéis más que yo, yo esto es lo que me dicen los asistenciales más o menos está ahí es evidente que nosotros también participamos de esto pero a nivel asistencial hay una serie de iniciativas para el avance en el proceso de integración y coordinación asistencial, como es formar al paciente sobre las circunstancias en que debe acudir a urgencias del hospital o de su centro de salud, esto por ejemplo en la experiencia de Alzira si que nos vino muy bien, en Alzira en un momento dado, supongo que como todos tenéis saturadas las urgencias de los hospitales, sobre todo en las grandes ciudades, la gente acude directamente a la urgencia del hospital en vez de ir a las urgencias de atención continuada, entonces en un momento dado en el Hospital de Alzira empezaron a poner paneles donde decía: Usted está en urgencias del hospital y tiene una demora de no sé cuanto tiempo pero si usted acude a las urgencias de atención continuada su demora es de tanto, y eso si que ha rebajado un 10% las urgencias hospitalarias en el plazo de 10 años porque la gente se empezó a dar cuenta sobre todo, por que además a la primaria se le dotó, se dio músculo, empezó a ser mas resolutiva con capacidad diagnóstica, la gente se dio cuenta de que a lo mejor acudiendo allí se le solucionaba el problema igual que acudiendo al hospital y sin la demora que

normalmente tienes en los hospitales, por otra parte lo que todos pensamos, acudir al hospital para urgencias pues cuando es una urgencia vital si que vale la pena pero otras veces no.

EL NUEVO MODELO DE ORGANIZACIÓN, GESTIÓN Y FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA

INICIATIVAS PARA EL AVANCE EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN ASISTENCIAL

- Formar al paciente sobre las circunstancias en que debe acudir a urgencias del hospital o de su Centro de Salud
- Trabajo conjunto entre profesionales: unidades multidisciplinarias.
- Mejora de la Atención Urgente del Área: triaje adecuado en los distintos puntos de entrada y ubicación de personal de AP y AE en urgencias hospitalarias.
- Unificación (optimización) Servicios diagnósticos.
- Aumentar la accesibilidad de AP a las pruebas complementarias.
- Integración de toda la información: Hª clínica compartida.
- Guías clínicas compartidas para solicitud de pruebas y derivación de pacientes
- Integración de la Farmacia a nivel del Área.

EL NUEVO MODELO DE ORGANIZACIÓN, GESTIÓN Y FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA

VENTAJAS PARA EL CIUDADANO/PACIENTE

Una visión homogénea de la Sanidad Pública, sin escalones.

Una sanidad más cercana

Mayor eficacia/eficiencia sanitaria: hacer más con menos.

Más recursos a su disposición, al gestionar más eficientemente

Reducción de demoras, de tareas burocráticas, etc.

Más seguridad en la atención sanitaria y farmacéutica.

Comodidad y ergonomía, Reducción de desplazamientos, visados, traslado de pruebas entre centros, etc.

Otra de las iniciativas que se ha hecho, es un trabajo conjunto entre los profesionales con la creación de unidades multidisciplinarias de primaria y de asistencial, el médico de primaria muchas veces acude al hospital para hacer un seguimiento de sus pacientes y muchas veces los especialistas se desplazan a determinados centros de salud, que hemos llamado centros de salud integrada, donde van los especialistas de las especialidades mas normales, como traumatología y cardiología y cosas así, para que no se tenga que desplazar el paciente al hospital, acuden a lo mejor 2 o 3 días a la semana y además también después el médico de primaria, cuando tiene ingresado un paciente en su hospital, puede acudir al médico del hospital para ver la evolución de ese paciente, también ha mejorado la atención de urgencia del departamento con la implantación de un nuevo modelo de triaje, yo de esto no voy a hablar demasiado porque no soy de la materia pero si que sé que se ha implantad. Un modelo de triaje diferente y las urgencias han remitido un poco, también lo que se ha hecho sobre todo es unificar y por tanto optimizar los servicios diagnósticos porque cuando un paciente ya esté diagnosticado en primaria y acude al hospital para una atención programada, no para una atención urgente, pues normalmente allí no se le repiten las pruebas diagnósticas el propio médico de primaria incluso muchas veces se tiene que remitir al paciente a especializada, ya lo remite con las pruebas diagnósticas hechas, que pueden realizarse en primaria, y entonces el médico de primaria ya tiene una batería de pruebas hechas y solo en ese momento pues a lo mejor pide otras determinadas pruebas, por lo mismo los médicos de primaria pueden acceder a otras pruebas complementarias que antes no podían y sobre todo se está trabajando mucho en una historia clínica compartida, es lo que nosotros llamamos historia de salud, por una parte teníamos Abucasis, que es si al sistema de información de primaria donde estaba la historia del paciente a nivel de primaria y por otra parte teníamos todas las historias clínicas los His de los hospitales, estamos trabajando a través de las tecnologías de la información una especie de integración y un punto compartido que sea la historia de salud del paciente porque muchas veces cuando el paciente vuelve a primaria lógicamente no le van a interesar todos los datos que han acaecido en especializada porque el paciente allí ha tenido una crisis aguda y se le han hecho muchas pruebas, pero sí aquello mas relevante, se meterá en la historia de salud del paciente y el médico de primaria podrá consultar los datos más importantes del paciente y a su vez cuando el paciente llegue

al hospital, muchas veces ya, determinadas cosas las podrá ver el médico de especializada, también se han establecido guías clínicas compartidas para la solicitud de pruebas y derivación de pacientes y otra de las cosas que se ha hecho ha sido la integración de la farmacia a nivel del departamento, la farmacia de primaria y la farmacia de especializada, no voy a hablar de que todo sea perfecto ni muchísimo menos.

La integración entre los departamentos muchas veces depende de la capacidad de liderazgo del equipo directivo pero en determinados departamentos, por ejemplo a nivel de farmacia, si que hay una integración total con lo cual cuando el paciente vuelve a primaria o ya hablan entre ellos los médicos para saber con que medicación tiene que partir el paciente del hospital y de que manera esa medicación, se utilicen más genéricos en primaria si es la que está utilizando el propio hospital.

Para el ciudadano, no sé si determinadas ventajas es capaz de percibir las en este momento, a lo mejor el no ver la asistencia sanitaria tan escalonada, ni tan estratificada para él es bueno, pero yo no sé si todavía hemos sido capaces de trasladarle al ciudadano esta visión, me temo que todavía no, los trámites burocráticos que tiene muchas veces el ciudadano para acceder, hace que no lo perciba, pero al final a lo mejor lo conseguimos hacer.

¿Una sanidad más cercana? pues lo mismo, ¿una mayor eficacia sanitaria? pues es lo que yo os decía, de integrar la asistencia sanitaria, en ningún momento la Conselleria pretende ahorrar dinero, porque el dinero que no se gaste no revierte en nada, simplemente quiere hacer más con un dinero que se gasta menos en otras cosas porque se ha conseguido gastar menos dinero para eso, por hacerlo de una forma más eficaz, por tanto dispone de mas recursos al gestionar más eficazmente.

Si que es verdad que se han producido demoras, por la eliminación de tareas burocráticas, desde primaria se pueden pedir determinadas pruebas, no es necesario que tú vayas al especialista que sea el que te marque las pruebas, si no que ya se pueden pedir determinadas pruebas desde la misma primaria y también hay más seguridad en la atención sanitaria y farmacéutica por todo lo que os he comentado y se han producido desplazamientos a través del SIA ,sistema de información de primaria, se tienen las pruebas y también se obtienen visados incluso para la obtención de determinados medicamentos que requieren estos visados, los visados para determinadas pruebas o determinados productos sanitarios,

como la sexo-prótesis y demás, no necesariamente se tiene que desplazar el paciente al especialista, si no que se tramita desde primaria se obtiene este visado además a través de los sistemas de información y con eso se evitan demoras y es más cómodo para el paciente.

EL NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA

¿Y QUÉ RESULTADOS PODEMOS OFRECER?



IMPACTO SOBRE TODA LA ORGANIZACIÓN, no simultáneo, progresivo por este orden:

- 1º: Sistemas de Información
- 2º: Ámbito económico
- 2º: Ámbito asistencial

EL NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA

1º

Integración de los Sistemas de Información

Año 2003:



- Los SI de cada ámbito funcionaban "de espaldas" al resto
- Total ausencia de integración entre aplicaciones
- Sistema imposible de gestionar de forma "eficiente"


INCOMPATIBILIDAD CON EL NUEVO MODELO

Estrategia 2004 - 2011: PLAN DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LA CONSELLERIA DE SANITAT

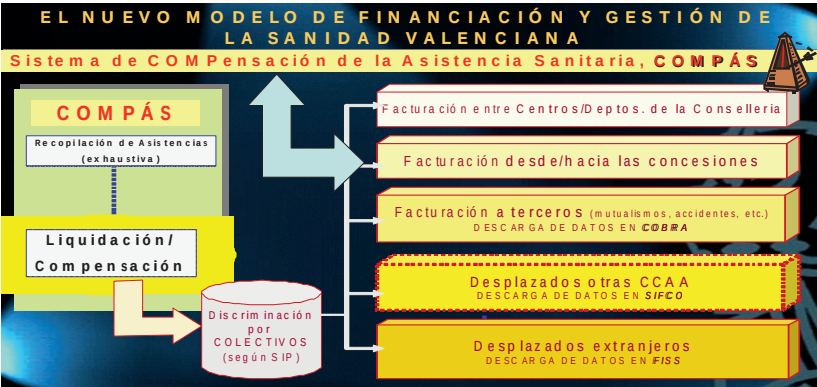
OBJETIVO

Disponer de un gran sistema de información, SISAN, único, ágil, integrador y totalmente alineado con los objetivos globales de la Conselleria de Sanitat, que dé respuesta a las diferentes necesidades de gestión de los agentes involucrados en el sistema valenciano de salud,...

Resultados que podemos ofrecer, los impactos que se han producido en la organización no han sido simultáneos lógicamente, si no que han sido progresivos, sobre todo ha habido mucho impacto en los sistemas de información, todavía estamos reaccionando a este impacto, en sistemas de información estamos invirtiendo mucho y trabajando mucho que a veces nos mareamos por todo lo que estamos trabajando en los sistemas de información, en el ámbito económico por lo que os contaré después, sí que también se ha visto bastante impacto y ahora estamos empezando a ver, por eso en las últimas transparencias, que yo las he pedido a compañeros asistenciales muestran ya determinados objetivos que se han producido como consecuencia de este impacto, en cuanto al primer impacto, los sistemas de información fue ver que necesitábamos de manera imperiosa integrar los sistemas de información, en el año 2003 cuando llegamos y cuando llegó también el nuevo jefe de servicio de sistemas de información, empezamos a ver que teníamos muchos sistemas de información, por una parte teníamos Abucasis, que controlaba la asistencia primaria, los hospitales tenían cada uno de ellos sus His's, sus historias clínicas, después también tenían un sistema de información que controlaba las urgencias extra hospitalarias y después por otra parte todo lo que gestionaba salud pública, como son las vacunas y demás y por otra parte los sistemas de información, que tiene servicios centrales como pueda ser todo lo de la tarjeta sanitaria, nuestro sistema de información poblacional y otros sistemas logísticos de servicios centrales, nos parecía que esto no tenía demasiado sentido, que muchas veces nos perdíamos demasiada información porque cada uno de estos sistemas estaba de espaldas al resto y no había manera después de obtener determinada información, por tanto ya en el año 2004 aprobamos un plan de sistemas de información que fue Sisan, estableciendo un ambicioso proyecto del 2004 al 2011, que nos permitiera crear un gran sistema de información único, que integrara todos los diferentes sistemas de información que tenemos en la Conselleria y alineado con los objetivos globales de la Conselleria, que diera respuesta a las diferentes necesidades de gestión de los agentes involucrados en el Sistema Valenciano de Salud.

Todo esto, no está ni muchísimo menos terminado, estamos trabajando en ello, tenemos ya Abucasis prácticamente en todos los departamentos de salud y hemos empezado en estos momentos a nivel hospitalario con Orión-Clinic que nos llevará hacia la historia clínica

hospitalaria, hemos empezado en un departamento y a lo largo de este ejercicio ya empezaremos también implantando la historia clínica, regulada o implementada a través de Orión en otros dos departamentos y tanto Orión como Abucasis se integrarán entre si, con lo que os decía de la historia de salud del paciente, cada uno por su lado tendrá todos aquellos datos que necesite, porque no se necesitan igual en todos los ámbitos pero habrá un repositorio común que sea la historia de salud del paciente con los datos mas relevantes y que si que le pueden interesar tanto a los especialistas como a los médicos de primaria, cada uno en su ámbito asistencial.

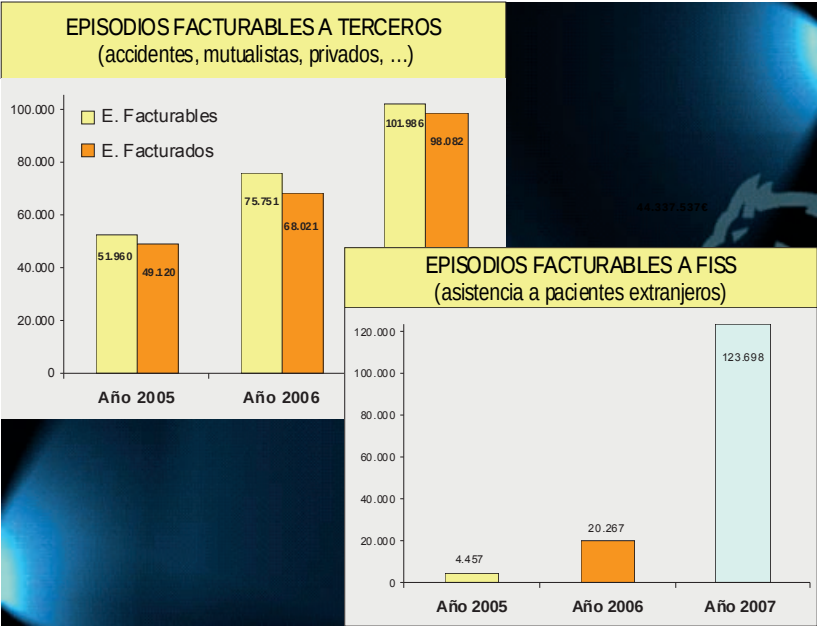
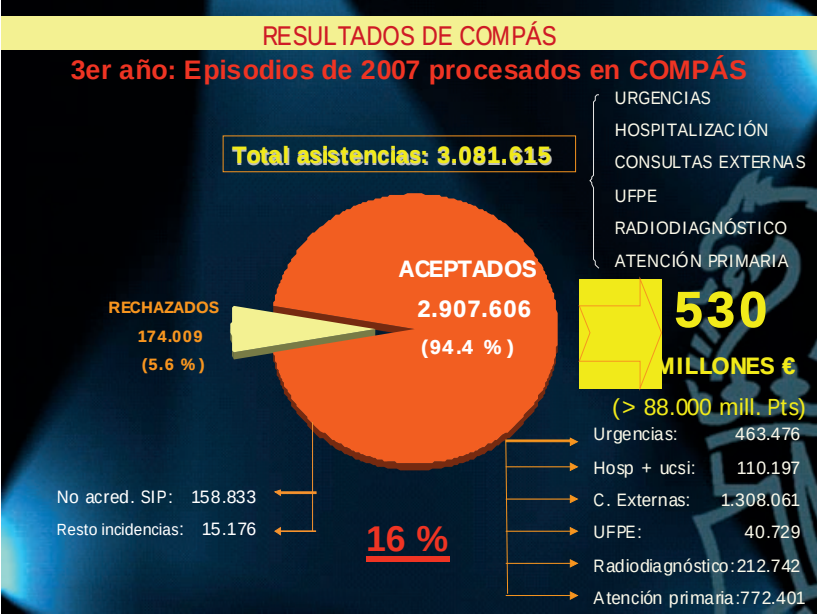


EL NUEVO MODELO DE ORGANIZACIÓN, GESTIÓN Y FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA
Dada la complejidad, cobertura y repercusión de COMPÁS su desarrollo se ha acometido por fases:

Estado	Prestaciones compensables	Unidad de medida de actividad y coste
En marcha	◆ Hospitalizaciones (inc. CMA)	GRD (coste medio)
	◆ Urgencias hospitalarias	Urgencia atendida (coste medio)
	◆ Ingresos en h. socio-sanitarios	Estancia (coste medio)
	◆ Consultas externas	Consulta primera/sucesiva (coste medio)
	◆ Farmacia hospitalaria ambulatoria	Dispensación (coste mínimo o de adquisición)
	◆ Radiodiagnóstico	Código prueba (coste medio según SIE)
2008	◆ A. primaria / farmacia ambulatoria	Coste medio /coste real
	◆ Prótesis (exos + endos)	Código prótesis (coste mínimo o de adquisición)
	◆ Actividad concertada no hospit.	Acto médico (coste real)
2009	◆ Otras técnicas, procedimientos	Catálogos procedimientos/pruebas del SIE
	◆ Hospital de día y a domicilio	¿?

Factores clave de éxito

- Identificación de pacientes mediante tarjeta SIP
- Trabajos de documentación, codificación y grabación (UDCA)
- Calidad y puntualidad de la información



Yo como estoy en el departamento de recursos económicos, lógicamente voy a hablar más de lo que nosotros hemos hecho, entonces una de las cosas en las que hemos trabajado mucho y para eso ha sido necesaria la integración de varios sistemas, que lógicamente todavía no hemos conseguido pero a través de esto se consigue mucho de esta integración, diseñamos una herramienta nueva que es Compás, como veis ahí es un acrónimo de compensación de asistencia sanitaria y esto es una consecuencia del nuevo modo de financiar a los departamentos de salud de la financiación capitativa, que yo os decía y también una consecuencia de lo que venía después de esto, si nosotros dábamos a cada departamento de salud un presupuesto en función de la población que tenía, cuando había una fuga de pacientes, de alguna manera el departamento tenía que pagar al departamento donde se había fugado el paciente esa asistencia y eso lo teníamos que integrar y lo que hicimos fue eso, diseñamos una nueva herramienta que fue Compás, que es la compensación de asistencia sanitaria, yo siempre empiezo por decir que Compás, no es ningún registro de actividad sanitaria, el origen de la información está en sus fuentes de origen, si estamos compensando asistencia hospitalaria pues estará en los His's de los hospitales, en Orión, cuando tengamos Orión implementado, si estamos compensando asistencia primaria tenemos nos tendremos que ir a las fuente origen de la información, que será SIA o Abucasis, Compás simplemente cogerá parte de esta información y al mismo tiempo, se tendrá que integrar con nuestro sistema de información poblacional, es lo que tenéis más abajo, que pone SIP, que son nuestras tarjetas sanitarias, porque si lógicamente un departamento se nutre de las personas que tiene, nosotros las controlamos a través del sistema de información poblacional, porque la población SIP de un departamento, viene definida por todas aquellas personas que en un momento dado tienen médico de primaria asignado en ese departamento y esa información la tenemos metida nosotros en nuestro sistema de información poblacional, ahí acreditamos al paciente en la modalidad de aseguramiento que le corresponda, si es un activo, si es un pasivo, hablo de activo Seguridad Social, si es un mutualista, si es un extranjero y muchísimas mas cosas

Entonces mas o menos combinamos esta información sobre las personas con la información asistencial, cuando un paciente es atendido en otro departamento lo primero que va a mirar el sistema de información es si es una situación o lesión facturable, si el paciente está siendo atendido por

algo que es facturable a terceros, como estaríamos hablando aquí de la facturación a terceros, de los mutualismos, de accidentes o demás y pasado ese filtro porque en ese caso también entra a través de Compás y la facturación a terceros de mutualismos de accidentes o de cualquier otra cosa, se lleva a través de aquí y si no es un paciente, entonces miramos el origen del paciente y si está siendo atendido en un departamento que no es el suyo pues entonces es cuando ya miraremos que tipo de asistencia se le ha hecho y eso es lo que iremos compensando, Compás por tanto recoge la información de la identificación del paciente y de cada una de las fuentes de origen recoge también el tipo de asistencia que se le ha prestado al paciente y es el que hace la facturación entre los centros o departamentos de la Conselleria, la facturación desde y hacia las concesiones también con una especialidad, porque aquí las tarifas que ponemos son diferentes a las del resto de departamentos, también Compás factura a terceros cuando son lesión o situación facturable, un mutualista o un accidente, a través de Compás también controlamos la facturación de los desplazados de otras CC.AA., es decir, lo que está metido en el Real Decreto del Fondo de Cohesión, los GRD compensables que tenemos allí, pues también hacemos una descarga de datos en SIFCO, lo tenemos automatizado y eso lo hacemos a través de Compás y también a través de Compás facturamos a los países terceros las asistencias sanitarias cuando estamos ante un extranjero, de un país con el que tenemos firmado el correspondiente convenio, bien sea Comunidad Europea o bien sean países con los que se ha firmado un determinado convenio, para la CEE los cargamos a través de la descarga de datos en HIS, todo esto se controla a través de esto de aquí, bien os decía al principio, todo esto empezó en el año 2005, tanto la financiación capitativa como la compensación entre departamentos.

Lo que no pudimos implementar porque no llegábamos a mas es el compensar todo tipo de asistencias, lo que se considera prestaciones compensables las vamos incorporando a Compás a medida que el trabajo de uniformización y de codificación de prestaciones asistenciales nos lo permite allá donde hay información de base, pues entonces es más fácil meter toda esta asistencia en Compás donde no hay una información de base homogeneizada es mas difícil, entonces por eso empezamos con la especialización y con las urgencias hospitalarias porque en hospitalización si que teníamos por una parte las historias clínicas y por otra parte también estábamos jugando ya con los GRD, con lo que era más fácil la asistencia

estaba mas o menos homogeneizada a través del CMBD y fundamentalmente a través de los GRD y pudimos llegar ahí rápidamente, en cuanto nos pusimos en marcha, lo primero que entró en la compensación fueron las hospitalizaciones que las compensamos a través del coste medio del GRD, las urgencias hospitalarias que van al precio del coste medio de la urgencia, en los hospitales socio-sanitarios el coste medio de la estancia, las consultas externas hasta el año 2007 no pudimos hacer nada, primero nos tuvimos que poner de acuerdo con todos los departamentos de salud a que se le llamaba consulta primera, a que se le llamaba consulta sucesiva, parece mentira pero muchas veces no todo el mundo llama a lo mismo igual.

Para empezar a trabajar en un sistema de información lo primero que tenemos que hacer es establecer una especie de vocabulario, esto será una primera y esto una red sucesiva y por tanto la primera tendrá este precio y la sucesiva tendrá otro, para la farmacia hospitalaria ambulatoria también empezamos en el 2007 y también compensamos la dispensación al coste mínimo o al coste de adquisición y para radiodiagnóstico ha sido laborioso porque para todas las pruebas, primero hemos tenido que juntar a asistenciales de diferentes departamentos para codificar todas las pruebas diagnósticas de una manera común y también se compensa al coste medio según el SIE, que es nuestro sistema de información económica, que es nuestra contabilidad analítica . En el año 2008 ya empezamos con asistencia primaria y farmacia ambulatoria, lo teníamos más fácil porque teníamos Abucasis, lo que pasa es que nos ha desbordado porque eso de que todo el mundo piensa que la gente va su médico de cabecera, pues es que la gente se mueve mucho, se va de un departamento a otro, yo siempre pensaba, pues habrá grandes unidades de pacientes en hospitalaria, pues no es verdad, también en centros de primaria se mueve la gente y compensamos a coste real, las prótesis tanto las endoprótesis como las exoprótesis también hemos empezado a compensar, ya en el año 2008 a los departamentos de salud les dimos el dinero y por tanto la gestión de las prótesis tanto de las endoprótesis como de las exoprótesis y la actividad concertada no hospitalaria también la compensamos, en este año 2009 todo el presupuesto de la actividad concertada que antes se gestionaba básicamente desde servicios centrales, les hemos puesto todo el dinero a los departamentos, los contratos, si que se hacen lógicamente desde servicios centrales pero todo el dinero y por tanto la gestión de esta actividad concertada se les ha dado a los departamentos, de manera que ellos si al final acaban enviando a sus

pacientes a actividad concertada saldrá de su propio presupuesto, que ya no estará en servicios centrales y ellos serán responsables si al final les llega o no, pues de ver lo que les pasa, pero la compensación de actividad concertada hospitalaria todavía no hemos llegado a hacerla porque no teníamos un sistema de información de base.

Estamos trabajando ahora en un sistema de información de base asistencial donde se registra toda la actividad concertada, a mi no me gusta hablar de pozo negro, pero la verdad es que la actividad concertada es a veces pozo negro, yo no sé si en todas las autonomías, pero en la nuestra no sabíamos muy bien, teníamos las facturas y demás pero pagábamos un poco así, estamos trabajando en un sistema de gestión para saber que se envía, los precios y como además cruzar aquello que se envía y aquello que al final resulta.

Un importe de esa cantidad concertada, es básicamente neutro, una cápita neutra y ya está, pero no es real, cuando podamos ya daremos eso realmente y también en este año 2009 ya vamos a empezar a trabajar en otras técnicas y procedimientos en hospital de día y en hospital a domicilio, estamos empezando a trabajar ya en laboratorios pero también es muy complicado la compensación de laboratorios sobre todo por la codificación, los factores del éxito fundamental para nosotros han sido la identificación de pacientes a través de la tarjeta SIP, los trabajos de documentación y codificación de las unidades de admisión y la calidad y puntualidad de la información, como la compensación venía básicamente en hospitalaria a través del GRD y para eso tenemos que tener cerrado el CMBD, porque es el alta del paciente, el CMBD lo hemos adelantado muchísimo y eso de por si ya es bueno, pero es que además para el año 2007 datos del 2008 y todavía no los tenemos procesados, a través de Compás movimos 3.081.615 episodios asistenciales, eso quiere decir que es gente que ha sido atendida en otro departamento, no es la asistencia total de la Comunidad Valenciana si no que se han procesado por gente que se ha movido a otros departamentos, todos estos, de urgencia, de hospitalización, de consultas externas, de la farmacia a pacientes externos, de diagnostico y de atención primaria, esto supone que Compás ha movido 530 millones de Euros, o sea que son el equivalente a 88.000 millones de las antiguas pesetas y los episodios que se han movido asistenciales los tenéis bajo la cantidad, por otra parte del total de asistencias que ha movido Compás se han aceptado casi 3 millones de episodios, cuando empezamos os puedo asegurar que no

movíamos tanto porque se rechazaban muchos episodios, fundamentalmente porque los pacientes no estaban bien acreditados y a los departamentos cuando no acreditan bien a sus pacientes esa asistencia sanitaria no se les compensa de ninguna manera, con lo cual la acreditación de pacientes en el sistema de información poblacional ha mejorado muchísimo, ya veis que el nivel de rechazo es pequeño, solo hemos rechazado un 5, 6 de episodios, unos pocos son por no acreditación y otros pocos por el resto de incidencias como que el GRD no sea válido porque no se ha codificado bien o porque el precio que le han puesto al medicamento o a lo que sea, sobrepasa los límites, entonces por eso se rechaza también al paciente, esto pasaba en especializada, cuando hemos entrado en primaria que pensábamos que los pacientes se moverían menos y estarían bien acreditados, de repente ahí la acreditación en primaria ha vuelto a dar bajón, suponemos porque como ha dado bajón en primaria, como no cobrarán asistencia, esa asistencia en el año 2009 pues ya mejorará mucho la acreditación, nos ha servido también muchísimo incrementar la facturación a terceros, si os ponéis en las columnas del año 2005, eran facturables a terceros solo 51.000 episodios pero facturábamos 49.000, en estos momentos como la asistencia que no está en Compás y no está bien recogida, la paga el departamento y no se le compensa, si la acredita bien tanto la asistencia como al paciente se compensa, tienen interés y hemos aumentado el nivel de facturación a terceros hasta llegar a las 98.082 asistencias y aquí no está primaria, estos son datos del año 2007 donde todavía no teníamos primaria y sobre todo donde ha habido un empujón altísimo es en los episodios facturables por extranjeros, fijaros que en el año 2005, porque en realidad somos una administración pública la gente no tiene demasiado hábito de facturación, pero en el año 2007 ha crecido muchísimo además esto ya lo hemos automatizado a través de Compás y la facturación va directamente de Compás a FIS a los países terceros para compensar y eso que todavía no hemos empezado a facturar primaria a través de Compás, si que hemos empezado pero no tenéis las cifras aquí no hemos procesado la información pero ya veis que la subida ha sido espectacular.

EL NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA

2º

La "cuenta de resultados" (valoración 2007)

Dpto. De Salud - Valencia-Clinico					
	Previsión 2007 según modelo (1)			Realización 2007	
				Enero - diciembre 2007 (2)	% VARIACIÓN (3) / (1)
Ingresos					
Asignación captativa (cápita total + cápita parcial)	313.585.297,18			313.585.297,18	0,0 %
Facturación intercentros:	53.436.049,95			38.840.155,75	-27,3 %
Departamentos Grupos I, II, III	-			32.723.006,50	-
Departamentos 11 y 22	-			1.690.794,39	-
Desplazados	-			2.634.767,47	-
Desplazados C.C.AA.	-			2.271.412,67	-
Extranjeros con Convenio	-			363.354,80	-
Inmigrantes sin recursos y programas especiales del Dpto.	-			270.826,29	-
Asistencias facultativas	-			1.520.760,00	-
Asignación para investigación y docencia	31.497.686,75			31.497.686,75	0,0 %
Dotación inversiones	4.294.832,40			4.470.261,00	4,1 %
Subtotal Ingresos	402.814.221,27			388.393.400,67	-3,6 %
		Presupuesto (C.I, II y VI)			
		Según necesidades	Según necesidades	Enero - diciembre 2007 (3)	(3) / (2)
		gasto histórico (2)	Dotación real a cuenta		(3) / (1)
Gastos					
Total Cap I + Cap II + Cap VI	249.073.621,18	233.110.861,59	232.135.177,77	241.603.871,94	3,6 %
Capítulo I		152.016.029,19	152.016.029,19	158.638.610,94	4,4 %
Prog. 412.22		143.498.628,79	143.498.628,79	148.229.546,30	3,3 %
Prog. 412.26		8.517.400,40	8.517.400,40	10.409.064,64	22,2 %
Capítulo II		76.800.000,00	75.824.316,18	78.495.000,00	2,2 %
Realización de inversiones		4.294.832,40	4.294.832,40	4.470.261,00	4,1 %
Gastos gestión centralizada:	127.327.183,57	-	-	129.254.525,85	1,5 %
Imputación gastos de farmacia	84.849.922,68	-	-	93.809.814,06	+0,8 %
Imputación gastos de prótesis	8.999.111,67	-	-	8.687.334,84	-3,5 %
Imputación gastos de conciertos	22.206.679,33	-	-	25.031.128,27	12,5 %
Imputación gastos de plan de choque	1.576.139,91	-	-	1.726.248,48	9,7 %
Facturación intercentros:	26.413.475,53	-	-	16.785.090,79	-35,5 %
Pacientes propios atendidos en otras áreas	-	-	-	13.397.441,56	-
Pacientes socio-sanitarios	-	-	-	3.387.649,23	-
→ Aportación Cargos al Fondo de Cohesión	-	15.962.700,59	-	-	-
Subtotal Gastos	402.814.221,27	249.073.621,18		387.643.488,38	-3,8 %
RESULTADO	0,00			749.912,29	

DOTACIÓN PRESUPUESTO CAP. II POR DEPARTAMENTO. AJUSTE POR APLICACIÓN DEL MODELO

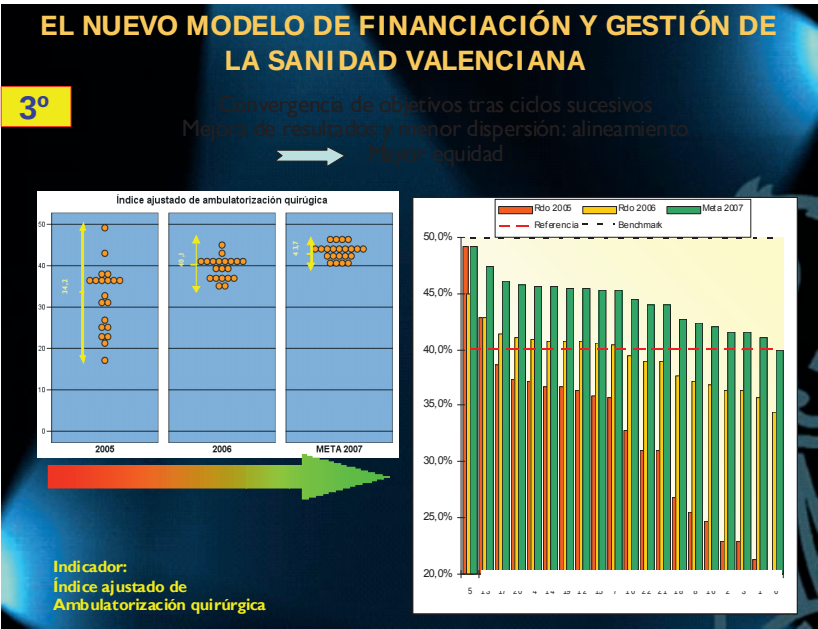
DEPARTAMENTO	Necesidades según gasto histórico (A)	Necesidades según modelo (B)	Dotación real presupuesto 2008 (C)	Gasto histórico s/ modelo % (A) / (B)	Dotación real s/ g. histórico % (C) / (A)
Dpto. De Salud 3. La Plana	21.219	39.429	21.219	53,9 %	100,0 %
Dpto. De Salud 13. Dénia	22.572	36.865	22.346	61,2 %	99,0 %
Dpto. De Salud 16. Vila Joiosa	28.814	43.068	28.382	66,9 %	98,5 %
Dpto. De Salud 17. Alicante - Sant Joan D'Alacant	41.128	59.359	40.306	69,3 %	98,0 %
Dpto. De Salud 1. Vinaròs	12.899	17.915	12.603	72,0 %	97,7 %
Dpto. De Salud 20. Elche	58.038	74.857	56.413	77,5 %	97,2 %
Dpto. De Salud 12. Gandia	26.136	32.787	25.326	79,7 %	96,9 %
Dpto. De Salud 5. Valencia-Clinico	84.775	100.769	81.735	84,1 %	96,4 %
Dpto. De Salud 18. Elda	35.424	40.050	33.830	88,5 %	95,5 %
Dpto. De Salud 10. Valencia - Doctor Peset	68.358	74.085	64.052	92,3 %	93,7 %
Dpto. De Salud 2. Castellón	53.994	54.096	48.865	99,8 %	90,5 %
Dpto. De Salud 6. Arnau de Vilanova	41.703	40.845	35.239	102,1 %	84,5 %
Dpto. De Salud 21. Orihuela	27.500	26.037	22.880	105,6 %	83,2 %
Dpto. De Salud 9. HCGV + C.Esp.	72.000	64.762	59.760	111,2 %	83,0 %
Dpto. De Salud 14. Xativa-Ontinyent	29.268	20.194	24.263	144,9 %	82,9 %
Dpto. De Salud 19. Alicante	95.807	64.846	79.137	147,7 %	82,6 %
Dpto. De Salud 4. Sagunto	29.966	16.978	24.512	176,5 %	81,8 %
Dpto. De Salud 15. Alcoy	27.000	13.787	22.005	195,8 %	81,5 %
Dpto. De Salud 7. Valencia- La Fe	167.144	47.915	130.000	244,8 %	77,8 %
Dpto. De Salud 8. Requena	9.544	2.128	7.423	448,5 %	77,8 %
Total	953.290	870.772	840.295	109,5 %	88,1 %

Unidad: en miles de euros

Yo os quería enseñar como evaluamos a los departamentos, acabo aquí y si queréis después os enseño lo último de lo que se ha producido asistencialmente, cuando os digo que nosotros evaluamos a los departamentos por la cuenta de resultados sería un ejemplo de cuenta de resultados, si os movéis en ingresos en la primera columna, estamos evaluando un departamento que es el clínico según la previsión del modelo según la población a ese departamento le corresponderían 402 millones, y eso serían sus ingresos, que por población les corresponderían 313 pero por la previsión que tenemos de años anteriores pensamos que el atiende a población de fuera y que tendría unos ingresos de unos 53 millones, pero esto es una mera previsión los gastos también los tiene ahí, nuestros departamentos no todos tienen la misma capacidad hay una especie de fondo de compensación como si fuese el fondo de compensación del Estado, que departamentos que son superavitarios compensan a departamentos que son deficitarios y esta compensación pues viene más o menos aquí, si nosotros vemos, ya abajo los gastos vemos que según el modelo el gasto de este departamento no son los 402 millones si no menos y por tanto este departamento clínico sería un departamento superavitario que aportaría a este fondo de cohesión unos 15 millones que permitiría a los departamentos mas deficitarios, como por ejemplo, La Fe que es el gran hospital de referencia que si se nutriera solo por financiación capitativa sería imposible que empezara a funcionar, este dinero se le va ahí, que pasa que al final evaluamos al departamento y entonces por una parte vemos que los ingresos por, arriba, en la columna de arriba pero si os vais ya a la penúltima y después a los porcentajes, que por facturación intercentros que nosotros pensábamos que ingresaría 53 millones, no ha ingresado 53 millones, solo ha ingresado 38 millones, el pensaba que atendía a muchos pacientes de fuera, pero la realidad le ha dicho que atiende a muchos menos pacientes de fuera de lo que el pensaba y por tanto ese fondo de 15 millones por el que tenía que dotar a otros departamentos se queda al final en 749 millones pero sigue siendo un departamento eficiente porque ni siquiera consume lo que le tocaría por población protegida, lo que le tocaría según el modelo por población protegida y otros ingresos son 402 millones y al final el solo gasta 387 atendiendo a su población y a otra población que viene de fuera y al fondo le da esos 749 millones, yo si después hay turno de debate, os puedo enseñar más cosas. En actividad asistencial lo que se ha producido, si veis esto con los acuerdos de gestión en cuanto a la

ambulatorización quirúrgica empezamos en el 2005 y hemos acabado en el 2007 y sobre todo es lo que vemos que al principio hay mucha dispersión entre departamentos y se van alineando como consecuencia de los objetivos que se plasman en los acuerdos de gestión, si veis las gráficas de 2005, 2006 y 2007, cada vez están más agrupados los resultados y en cuanto a farmacia por la racionalización del consumo de antibióticos en primaria, con la integración en especializada pasa lo mismo, que al principio en el 2005 hay mucha dispersión y después ya los resultados hacen que se vayan agrupando, solo os he puesto estos dos ejemplos, si tenéis mas preguntas os lo cuento.

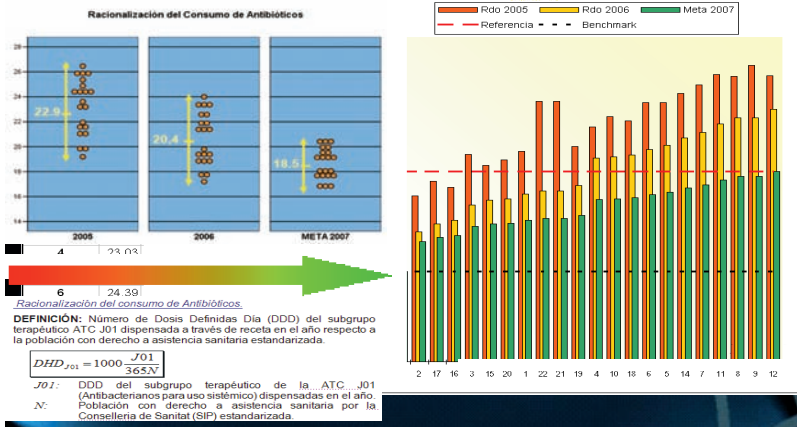
Muchas gracias.



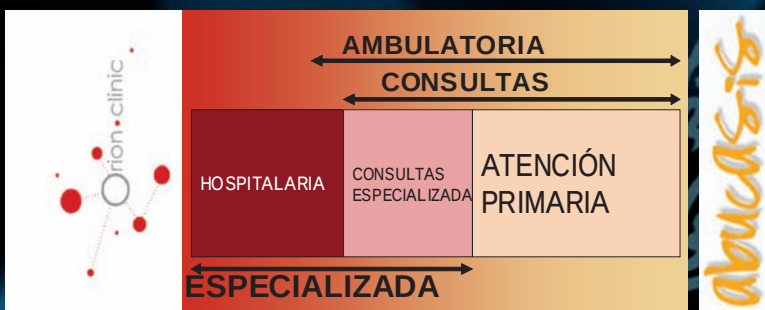
EL NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA

71

Racionalización del consumo de Antibióticos.



EL NUEVO MODELO DE ORGANIZACIÓN, GESTIÓN Y FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA



Los sistemas de información están siendo un elemento fundamental para permitir e ir avanzando en la integración entre primaria y especializada

EL NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LA SANIDAD VALENCIANA

• CONCLUSIONES:

- 1.- Con la herramienta del Plan Estratégico y los Acuerdos de Gestión, todas las actuaciones se enmarcan ya dentro de esta nueva filosofía
- 2.- Enorme repercusión en los Sistemas de Información, S.I.E. Y S.I.P.
- 3.- En el ámbito de gestión económica (Cta de Rtdos, Compás) el impacto ha sido más rápido, pese al escaso margen de maniobra en algunos aspectos
- 4.- En el ámbito asistencial, el nuevo modelo ya ha sido 'asimilado' por la organización

- **IMPORTANTE:** Se está produciendo un cambio de cultura en la organización favorecido por el manejo de la "Cuenta de Resultados"



No es un fin en sí mismo, sino un medio que sirve de palanca y motor de cambio para la puesta en marcha de medidas que mejoren:

- LA INTEGRACION INTER E INTRA NIVELES → Integración de procesos
- la eficiencia y la eficacia de la actividad
- la accesibilidad y la calidad de los servicios prestados al ciudadano

SEGUNDO SIMPOSIUM
LA GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

***“CRISIS Y OPORTUNIDADES EN EL SNS.
NUEVAS ESTRATEGIAS DE GESTIÓN HOSPITALARIA.
EL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA”***

RAIMUNDO BELENES
Consejero Delegado del Hospital Clínico de Barcelona

24 DE FEBRERO DE 2009

CONFERENCIA

Buenas tardes, es un placer estar aquí con vosotros en Asturias - van a permitirme tutearles- pues creo que siempre es bueno que los que trabajamos en el Sistema Nacional de Salud tengamos oportunidades para intercambiar puntos de vista y contarnos las experiencias en entornos profesionales y sensatos.

La verdad es que en mi vida profesional he hecho muchísimas cosas. Llevo 30 años trabajando en la gestión del sistema sanitario en diferentes responsabilidades, ya que antes de estar en el Hospital Clínic de Barcelona, fui Director General del Instituto Catalán de la Salud y, cuando era muy joven, fui el primer Director del Servicio Andaluz de Salud. Por ello creo que soy de los pocos profesionales que ha sido director de servicios autonómicos en dos comunidades autónomas diferentes.

Había estado aquí en Asturias, aparte de para hacer turismo naturalmente, trabajando algunos años en el campo de la consultoría en un par de proyectos en diferentes épocas del Hospital Central de Asturias. Después he estado bastantes años sin volver. Resulta una paradoja que he vuelto con pocos meses de diferencia, ya que hace pocos meses estuve aquí porque el centro de investigación que tiene el Hospital Clínic en Mozambique, liderado por uno de nuestros médicos el Dr. Pedro Alonso, recibió el premio Príncipe de Asturias.

Haré una presentación muy personal, como todas las presentaciones. Por lo tanto no pretende ser ni aséptica ni objetiva. En ella voy a hacer una revisión de los problemas que tiene el Sistema Nacional de Salud y también de las oportunidades de mejora. Además voy a proponer ideas para que podáis pensar y contrastar. Son ideas de futuro, ideas para lanzar, también algunas vinculadas de una mejor gestión del sistema. Finalmente acabaré con una breve descripción del Hospital Clínic, que es el hospital con más producción científica valorada objetivamente de todo el Estado español, y uno de los 10 grandes hospitales europeos. No es una casualidad. El Hospital Clínic tiene un modelo singular que hace que siendo un hospital clínico haya sabido dotarse de una gran personalidad y una gran singularidad a través de unos procedimientos, de una cultura y de unos instrumentos que al final de mi intervención os expondré brevemente porque creo que deberían marcar de alguna forma una tendencia de futuro.

Durante la primera parte voy a hablar sobre seis temas que me parecen críticos en la evolución y en la situación actual del Sistema Nacional de Salud:

- la gestión y la organización del sistema
- la crisis de los profesionales
- los pacientes y el paciente impaciente
- la seguridad clínica y la investigación biomédica
- la financiación y la sostenibilidad de nuestro sistema
- los retos estratégicos del presente y del futuro.

Tenemos un Sistema Nacional de Salud que es bien valorado por los ciudadanos. Tengo datos de tres encuestas diferentes de los tres últimos años, una del Ministerio de Sanidad y Consumo, el informe Blendon, catedrático de la Universidad de Harvard, que ha hecho diferentes

evaluaciones del Sistema Nacional de Salud, y un informe de la financiación de asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública. En general, la valoración que se da al Sistema Nacional de Salud, es un notable. Si se tienen en cuenta las encuestas que se hacen a la población sobre cuáles son sus principales problemas, ni ahora que estamos en crisis y por lo tanto los problemas son evidentemente económicos, ni cuando no estamos en crisis, la sanidad ya no figura en el primer ranking de la preocupación de los ciudadanos. Y es porque los ciudadanos han asumido que tenemos un sistema de salud más que razonable, lo cual no quiere decir que no haya importantísimas oportunidades de mejora.

España, a diferencia de otros países, no ha hecho una reforma estratégica de su sistema sanitario. Por reforma estratégica me refiero a la reforma de gran calado estructural que de hecho en los años 80 intentaron hacer, sin éxito, los partidos conservadores, esencialmente la Sra. Thatcher o la derecha democristiana en Holanda. Fue la época que muchos de vosotros conocéis de la introducción en el sistema sanitario de las ideas de competencia, de privatización, de externalización, de fomentar el aseguramiento privado, de la separación de roles, de dar mas opción a los ciudadanos para que elijan centro sanitario. Este conglomerado de elementos estaba inicialmente muy vinculado al pensamiento conservador. Posteriormente han sido asumidos por gran parte de todos los partidos políticos ya sean conservadores, de centro y de izquierda. Pero estas grandes reformas estratégicas en realidad no pudieron llevarse a cabo porque el sistema sanitario es enormemente reacio al cambio, tan reacio que la relación riesgo-beneficio para los políticos de hacer cambios es totalmente negativa, es mejor dejar hacer las cosas como están o introducir micro reformas que no hacer reformas de gran calado,

Por el contrario si que hemos hecho dos reformas estratégicas: la creación del Sistema Nacional de Salud con la Ley General de Sanidad del ministro Lluh y la transferencia de la sanidad a las CC.AA. La primera puso en marcha lo que hoy conocemos como un gran servicio público y la segunda lo único que hizo es sencillamente transferir la responsabilidad a las CC.AA. Pero quiero destacar que en España la arquitectura esencial en la que se basa el funcionamiento de los servicios sanitarios sigue siendo la arquitectura de la dictadura franquista.

No hay en estos momentos ningún país en Europa en que los hospitales y los centros sanitarios estén dentro de la administración

pública, ni de derechas ni de izquierdas. Desconozco el caso de Zimbabwe o de las repúblicas ex soviéticas, pero en Europa no hay ninguno. No estoy abogando por la privatización del sistema, estoy diciendo que el campo de la administración pública estricta con las plazas estatutarias, con los interventores, con todo este gran aparato burocrático es enormemente dañino para la propia capacidad de supervivencia de actuación del servicio público. España es el único país que tiene hospitales que se rigen por las leyes, por las normas de los 70 y los años 60. Junto a ello es verdad que han aparecido nuevos modelos de gestión, como los modelos Alzira, concesionarios o TPI, pero lo que es la lógica de los grandes hospitales universitarios y de los medianos también, siguen rigiéndose por una lógica de administración pública que no ha cambiado. Por tanto hay que concluir que a pesar de eso hemos tenido seguramente grandes profesionales y gestores no demasiado descerebrados, entre los que me cuento y hemos logrado que el sistema sanitario tenga una buena calidad.

Dudo mucho de que si no hacemos estas reformas de cambio estratégico del aparato de provisión pública de nuestros centros sanitarios logremos mantener el nivel de calidad que tienen nuestros centros sanitarios. Creo que a partir de los 50 años decidí hablar bastante y de expresar mis puntos de vista incluso cuando estaba en posiciones políticas como director del Instituto Catalán de la Salud. La crítica que hago a las CC. AA. que han hecho modelos profesionales, no es que hayan hecho ese modelo concesional, sino que les ha costado mucho y han tenido mucho arrojito. De hecho me parece que el modelo Alzira está funcionando bien. En lo que soy crítico es que no hayan sido capaces de transformar los grandes hospitales universitarios en empresas públicas, como hizo Osakidetza, al crear el Servicio Vasco de Salud, dándoles más márgenes de autonomía o la ley que yo impulsé cuando fui el director del Instituto Catalán de la Salud, transformándolo en una empresa pública, con lo cual ha ganado márgenes de flexibilidad. Esto no es una crítica a una comunidad determinada, porque ninguna, sea cual sea el gobierno lo ha hecho, ¿Porqué? Porque hay miedo a la reacción de los sindicatos. En el fondo en nuestro país tenemos un sistema que da mucha seguridad y a los sindicatos del hospital, les digo, bueno la gran diferencia entre trabajar en una empresa privada y entre trabajar en un hospital público es que cuando uno llega al hospital público por la mañana no se encuentra con un ERE.

Por tanto en el sector público somos muy afortunados. Pero creo que hay un pecado original de nuestro sistema sanitario y es el no haber introducido una gestión moderna a nivel macro en el funcionamiento y las estructuras de su sistema y eso casi no lo ha hecho ninguna CC.AA.

Veremos la Ley del Instituto Catalán de la Salud, como se desarrolla, Osakidetza hizo un cambio en su estatus jurídico hace unos años, pero yo creo que gran parte de los problemas, después lo tocaré también, de crisis de nuestros profesionales está vinculado también a que trabajar en una estructura burocrática y rígida. Esta fórmula deviene para muchos profesionales un ejercicio asfixiante de supervivencia y además castra y lastra las posibilidades de desarrollo personal, de desarrollo profesional y de innovación y creatividad.

Si que ha habido en nuestro país muchos cambios en términos de micro-reforma sobretodo de muchísimas CC.AA. Nosotros hemos implantado en nuestros hospitales y nuestros centros reorganizaciones, planificación de empresa, planificación estratégica, centralizaciones, gestión por case-mix, desarrollando estrategias de comunicación. Desde el punto de vista instrumental nuestro sistema sanitario es moderno y no tiene nada que envidiar a otros sistemas sanitarios de nuestro entorno europeo. Si tenéis ocasión de ir a Francia, vais a Italia incluso vais al Reino Unido no tienen instrumentos de gestión muy diferentes de los nuestros, muchas veces somos un poco acomplexados.

Hace 25 años cuando empecé a visitar hospitales europeos y veía que estaban informatizados. Me acuerdo que visité un hospital en Rennes en Francia, donde está la Escuela Nacional de Sanidad que forman los gestores del hospital, eran los primeros europeos en tener un ERP, un modelo de informatización global. Cuando volví a España me dí cuenta que había un gran gap con nuestra situación. Pero eso ya no es así; bien es cierto que esos instrumentos de primera generación que la gente del Insalud ideó, como el proyecto Signo, generó un movimiento muy brillante de modernización en términos de importación de los instrumentos de gestión de la empresa al sector público. Esos instrumentos de primera generación están agotándose seriamente por la aplicación de una ley muy famosa que es la Ley de rendimientos decrecientes. Por lo tanto habrá que ir a una segunda generación de instrumentos de gestión que potencie el desarrollo de las carreras, los mecanismos de incentivación más sofisticados, las estrategias de transparencia y de *accountability*, de rendir cuentas a la sociedad. Todo

esto es lo que nos queda para los próximos años. En conclusión de esta reflexión creo que tenemos un buen Sistema Nacional de Salud, con problemas que están bien descritos y por lo tanto no me voy a detener particularmente en ellos.

Me gustaría hablar ahora de la masificación, no voy a decir las listas de espera porque para mí en absoluto las listas de espera son uno de los principales problemas del país. Lo eran hace 7 o 8 años cuando eran un batiburrillo de datos. Pero hoy tenemos unas listas de espera ordenadas y desde luego no son el primer problema. No entiendo estas batallas entre las diferentes CC.AA, exentas de sentido común, para ver si tal comunidad tiene una lista de espera con dos vías cuando tenemos unos problemas muchísimo mas importantes, como es la variabilidad de la práctica clínica. Las ratios de mortalidad de un by pass aortocoronario en nuestro país oscilan entre 1 y 5, esto es muchísimo más importante que tener la lista de espera de 30 o de 33. Me da la sensación pero nos hemos metido en un callejón sin salida fruto también de una hiperpolitización del sistema. Se ha utilizado a las listas de espera como elementos de diferenciación competitiva política de las CC.AA, y creo que sinceramente las listas de espera están bien ordenadas. Todas las CC.AA están procediendo a estrategias de priorización sobre normas más o menos objetivas en base clínica y por lo tanto creo que ese no es uno de los principales problemas a pesar de que los ciudadanos siguen insistiendo. ¿Cuál es el principal problema de los sistemas sanitarios? ¿La lista de espera? Seguramente también es fruto de una cierta ignorancia de los problemas reales del Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud tiene tres problemas: de modelo y de gobierno; de politización; y, otro vinculado a como estamos evaluando las innovaciones de nuevos modelos de gestión.

La descentralización de las CC.AA ha acercado el servicio a los ciudadanos. Esto ha sido algo muy positivo, pero las pulsiones de las CC.AA para diferenciarse han sido más intensas que las pulsiones para coordinar y cooperar en el sistema. De tal forma que tenemos un sistema desordenado en el que tenemos problemas de coordinación de temas de salud pública gravísimos en el que se producen espirales vinculadas al desarrollo de los RRHH y de las estrategias sindicales.

En una CC.AA cuando un sindicato ha logrado un 7% de incremento, pues el de al lado no tiene más remedio que como mínimo ir a

ese 7%. Entramos así en una espiral y que muchas veces además la diferenciación política que es lógico que tengan las CC.AA por que si se ha producido la diferenciación, es para que hagan cosas diferentes, por que si no hubiera valido la pena. Pero esa diferenciación muchas veces se basa más en decir: mira lo que he hecho y no lo que has hecho tu que no en programas digamos inteligentes internos para los propios ciudadanos.

Creo que afortunadamente estamos pasando el sarampión, y en los próximos años se van a producir oportunidades para que las CC.AA cooperen mejor si queremos que el sistema sanitario sea más sostenible a medio y largo plazo y prevalezca también más el sentido común. Espero que evitemos así, en esa vía estamos, que el consejo interterritorial se transforme en un ring de boxeo en el que allí todo el mundo va a boxear y cuando no se levantan los de un partido por que juzgan intolerable lo que ha pasado pues se levantan los de otro partido dando una imagen de extrema cutrez del gobierno de uno de los principales servicios del estado de bienestar. Por lo tanto creo que tenemos una necesidad importantísima de cooperar más que de competir por parte de las CC.AA espero que en los próximos años eso sea posible.

Hay polémica sobre los nuevos modelos de gestión. Inicialmente las CC.AA desarrollaron fundaciones, empresas públicas, todo esto no era nada nuevo por que Cataluña ya lo tenía. Cataluña tiene un sistema de provisión pública pero con numerosas empresas públicas, fundaciones privadas pero es todo servicio público con numerosas soluciones jurídicas diferentes. Me hacía gracia al principio cuando se decía, que las fundaciones estaban privatizando el sistema, y creo que eso es una auténtica tontería, pero donde muchos años tuvimos el debate político centrado en nuestro país sobre las diferentes soluciones de gestión. Uno de los problemas que tiene mal resuelto el sistema es el de evaluar sobre bases objetivas la innovación que se está produciendo dentro, no en la innovación biomédica si no la innovación en términos de gestión, por ejemplo yo creo que sería bueno potenciar la figura de una cosa que está ya construida, pero está un poco al ralentí que es el observatorio de la gestión del Sistema Nacional de Salud, para que se evalúen las cosas. Por ejemplo el modelo concesional de Alzira que a mi me parece que está funcionando bien, lo bueno es que se evalúe a 5 o 10 años. Se deberían presentar a la sociedad las cosas que hayan funcionado bien y algunas cosas que no habrán funcionado tan bien. El debate sería así un debate de tipo más técnico y profesional,

que no un debate político de satanización de un determinado modelo. En el campo de los nuevos modelos de gestión se ha hecho hace unos años, por parte de una empresa privada, un estudio basado en una metodología robusta en el que viene a demostrar que los nuevos modelos de gestión, empresas públicas, fundaciones y consorcios que ahora ya existen en todas las CC.AA son igual de eficientes en términos de resultados clínicos, en términos de outcoms, pero en cambio son más eficientes en términos de producción, es decir los costes unitarios son menores y la productividad es más alta. Esto es indiscutible. Lo que si que hay que discutir es si los nuevos modelos de gestión se refieren a hospitales de dimensión pequeña, mediana y que los grandes hospitales que fueron creados en este país pues hace 30 años cuando se utilizaba todavía la dotación personal-cama, digamos sus servicios estaban lastrados por esas grandes plantillas. Por cierto, en nuestro país hemos dejado de medir la productividad de los servicios, ya nadie habla de productividad y las variaciones de productividad son espantosas.

Siendo director del ICS, encargué un estudio de productividad a una consultora. Cuando me lo dieron, lo metí en un cajón y lo cerré, porque los datos eran espantosos. La verdad es que había de todo y en todos los modelos de gestión y en todas las CC.AA. Hay servicios y unidades que son muy productivos en un mismo hospital y otros que están digamos en niveles muy bajos, por lo tanto con esto yo concluyo que hay que insistir en la necesidad de transformar el modelos de gestión de nuestros grandes hospitales y del sistema hospitalario en general aprendiendo de las experiencias que están teniendo en nuestro país y poniéndole un poco de coraje político.

Decía al principio de mi charla que este país se atrevió a aguantar el chaparrón del cierre y de la conversión de la siderurgia y la minería pero no hemos hecho lo mismo en el sistema sanitario. Con el añadido que en el sistema sanitario además no había que echar gente, ni hace 20 años ni ahora. Desgraciadamente se ha instaurado en el imaginario de los sindicatos, de los gestores y de los políticos que el mover el sistema sanitario, no el de privatizarlo, el mover para dotarlo de un sistema de gestión más moderna que permita que los profesionales más involucrados que tengan más flexibilidad, tiene siempre consecuencias en la plantilla. Pongo un ejemplo de las dificultades y mecanismos para proveer plazas en el Hospital Clínic. Estamos a punto de fichar dos médicos de los EE.UU y uno de Canadá, que

son españoles, para ocupar posiciones importantes. Este tipo de actuaciones en el ICS era imposible. Estaba la plantilla orgánica, el interventor pedía el certificado de la residencia, había que hacer un concurso público, vamos a convocar las plazas, en un hospital público. El Clínic también es un hospital público, pero tiene un modelo de gestión que le permite ir al mercado de trabajo mediante convocatorias públicas e incorporar a los mejores profesionales que estén aquí o que estén en EE.UU o Canadá. Esto nos da unas ventajas competitivas que son las que justifican que la diferencia entre la producción científica del Hospital Clínic de Barcelona y el segundo posicionado que es el Hospital del Vall d'Hebron, también de Cataluña sea la mitad. Nosotros tenemos un factor de impacto global del doble que el Hospital del Vall d'Hebron, que es el siguiente. Estoy hablando de datos objetivos, a nivel del Estado español.

Hay un conjunto de factores vinculados a la capacidad que tienen los centros de tener esos márgenes de actuación de flexibilidad para retener, para captar a los mejores. Nuestro país tiene también un enorme problema de politización, la vida media del gerente en España es 2,8 años y en Inglaterra es de 2,5 años Pero hay una gran diferencia, en Inglaterra existe un sistema de evaluación de los directivos y les echan. Aquí no hay ningún sistema de evaluación de directivos pues cambia el signo político en la CC.AA y echan a unos cuantos. Estas decisiones son de una cutrez extrema y tiene efectos demoledores sobre la calidad de la gestión del sistema sanitario público. En primer lugar por que derrochamos experiencia, como si sobrara. En segundo lugar porque las jóvenes generaciones que deben sustituirnos, porque muchos de los que estamos en posiciones, como yo que tengo 56 años, que empecé muy joven y llevo 30 años, nos vamos a jubilar los próximos años pero no hay una generación de recambio Este si que es uno de los grandes problemas que tiene el Sistema Nacional de Salud. ¿Por qué? Primero porque hay pleno empleo y por lo tanto los jóvenes médicos no se dedican como nosotros a esto de la burocracia, como yo le digo con ironía a mis colegas que se dedican a la asistencia, pero es que las jóvenes generaciones huyen horrorizados del espectáculo que se da cuando hay un cambio de Consejero o de signo político y van unos cuantos a la calle, Seguramente no tienen la tolerancia que teníamos nosotros en la dureza caracterológica o la personalidad, también porque hay proyectos que no maduran, llega el nuevo equipo y dice, la implantación de ese ERP o de ese otro sistema no me gusta. Lo que vamos a hacer ahora es comprar otro,

ahora vamos a renovar el equipamiento médico, lo que vamos a hacer renovar las camas. Eso es una gestión en picos en dientes de sierra que hacen muy difícil la maduración de proyectos a largo plazo.

El Hospital Clínic tiene el modelo de institutos desde hace 15 años, tiene una gran estabilidad directiva y una gran estabilidad en su modelo organizativo. En las organizaciones complejas de gestión del conocimiento es muy importante asegurar la estabilidad de la organización a medio y largo plazo. Es lo que produce efectos por acumulación de capacidades y de experiencias y es lo que produce el brillo de las instituciones. Si cada tres años cambiamos los equipos directivos fracasamos, en asegurar al sistema de una línea basal de crecimiento institucional y organizativo, posibles soluciones. Espero que en los próximos años todos nos demos cuenta que este sistema de ir cambiando la gente rápidamente, basándose, además en oscuras razones, tenga un cierto nivel de limitación. Propongo que la selección de los gerentes de hospitales se haga por un concurso público publicado en prensa, y puede decirse que esto no garantiza la independencia, pero como mínimo lo hace un poquito más transparente.

Hay una cuestión muy importante. Cuando se habla de transparencia y de accountability, es decir, en el momento de rendir cuentas a la sociedad, debemos ser capaces de decirle a la opinión pública que está pagando con sus impuestos el funcionamiento del sistema y los sueldos de los directivos y de los políticos naturalmente. Ello no solamente tiene esa finalidad digamos de transparencia, también tiene la finalidad de que pueda ser más difícil despedir a un gerente si sus resultados objetivamente han sido buenos. Por tanto, yo creo que ahí hay un buen recorrido para mejorar nuestro sistema.

El otro gran tema del que también se ha hablado mucho pero que no hemos conseguido avanzar particularmente, es el establecimiento de Órganos de Gobierno. Esta es una de las cosas que tenemos en Cataluña acreditada desde hace muchísimos años. La existencia de órganos de gobierno permitiría diferenciar lo que es el nivel político estratégico de lo que es el nivel de gestión, así es como funcionan las empresas, y esto no es tan complicado. Portugal, en tres años, ha transformado, en primer lugar todos sus hospitales, y que no se me venga a decir que esto es muy difícil de conseguir porque lo ha conseguido Portugal que tiene una Administración más centralista y más bonapartista que la nuestra.

Hay dos grandes modelos de administración pública. La bonapartista que nosotros copiamos y la anglosajona que es mucho más flexible. No obstante, nosotros tenemos la absoluta necesidad de separar lo que es nivel de Gobierno de la institución del nivel de la dirección. Así conseguiríamos que el nivel político se resituara en los Consejos de Administración y que el directivo sea un profesional, con lo cual hacemos un favor a todos porque el directivo no tiene por qué ser un político. El problema es en el campo de los directivos con ese sistema tan politizado y tan mal sano se produce un darwinismo maligno. Al final sobreviven los que son más pelotas, los que no dicen nada, o los que son más acomodaticios, o los que jamás dicen no.

Ser Gerente de un hospital muchas veces significa enfrentarse educadamente al poder, educadamente claro. Naturalmente el poder tiende a tener cierta cintura para no cesarte a la que digas “esto no me gusta”. Hemos de avanzar en la democratización inteligente del sistema, pero yo creo que la transformación como han hecho los portugueses que en dos años han transformado todos los hospitales en Sociedad Anónima de capital público y han creado órganos de Gobierno. Si lo ha hecho Portugal, también lo podríamos hacer nosotros aquí.

Nosotros por lo tanto desde el punto de vista de Gobierno, tenemos un gran déficit democrático en nuestras Instituciones, y esto Cataluña, fruto de su pluralidad de un sistema público, pues muchas veces se dice que Cataluña tiene un sistema privado, no, no, no. El Hospital Clínic no es un modelo estatutario pero es un hospital público; el Hospital de Sant Pau es una fundación privada de la Iglesia pero es un hospital público que está gobernado por la Generalitat de Cataluña que tiene la mitad más uno de los sillones de un consejo de Administración y tiene un contrato con el Servicio Catalán de la Salud. Hay 30 ó 40 hospitales de Cataluña que tienen órganos de gobierno con un contrato con el Servicio Catalán de la Salud y forman parte del servicio público. Después hay el sector privado y hay una parte pequeña del sector privado que está concertado.

Los políticos tienen que hacer esfuerzos por avanzar en esa vía. Los directivos tenemos que hacer también un cierto cambio de nuestro perfil, de nuestras habilidades profesionales. Mi generación que es la que puso en marcha el Sistema Nacional de Salud en los años 80 (yo soy inspector médico, hice la última oposición antes de la democracia del INP, tengo carnet del INP con el escudo anticonstitucional y me examiné en

Alcalá 56 en el año 1979). Hemos sido una generación que creo que hizo algo bueno para el Sistema Nacional de Salud, que es poner las bases para su modernización, pero hemos crecido en un entorno burocrático-administrativo y por lo tanto no hemos sabido desarrollar nuevas habilidades.

Cuando yo era joven, el Gerente era un especialista en contabilidad analítica, ahora el Directivo no debe ser un especialista en instrumentos de gestión porque en contabilidad analítica ya hay alguien, y hay muchos expertos en otras áreas como contabilidad, compras, reorganización de procesos, alimentación, y sistemas de información. El perfil del directivo moderno debe de ser un perfil más “soft”, mucho menos “hard”, más comunicador, más líder, capaz de proteger a la organización de los avatares externos, empático con los empleados. No tiene que ver a los médicos como enemigos a matar -todavía algunos lo hacen-, debe de ser un estratega capaz de predecir un poco el futuro, debe ser un buen gestor de equipo, una persona que comunique internamente a la organización y externamente a la sociedad.

Ese tipo de habilidades, tenemos que hacer un esfuerzo los directivos para cambiarlas y para adaptarlas a lo que nos pide la sociedad, que pide liderazgos más soft, menos dosis de autoritarismo que la que una determinada generación de gestores que son los que pusieron en marcha en SNS teníamos un perfil muy, muy diferente.

Me gustaría decir que en los hospitales hay que dirigir como si uno tuviera un gobierno de coalición, y no hay que gobernar por mayoría absoluta. Gobernar por mayoría absoluta significará que los profesionales van a rechazarnos y con razón. Hay que dialogar, hay que encontrar, y esto es también la gran lección del Hospital Clínic de Barcelona que hay también una gran tradición de participación donde los médicos mandan mucho, y en gran parte es lo que ha permitido que el Hospital Clínic llegue al nivel que ha tenido.

Última reflexión sobre modelo. Nos hemos metido todos, políticos y directivos, en una especie de burbuja para ver quién la hace más grande. Todos estamos hablando de biomedicina, de centros de investigación, y yo creo que se está perdiendo algo que es consustancial a la gestión, que es la tensión gestora para mejorar, para encontrar oportunidades de mejora de la gestión que todavía existen, y para trabajar en la gestión y en las trincheras. Y desde luego no podemos refugiarnos en que la medicina puede ser más

cara, que la gestión es muy compleja, -que efectivamente es muy compleja-, pero creo que tenemos de recuperar un poco la tensión creadora, la tensión directiva tendente a gestionar mejor los recursos. Todavía hay muchísimas oportunidades de gestión, tenemos variabilidad de práctica clínica. En la actualidad, tenemos estrategias de calidad que harían sonrojar a los hospitales americanos, tenemos un gran recorrido todavía para mejorar la gestión y por lo tanto yo creo que los gestores jamás debemos perder de vista que nos pagan para anticiparnos al futuro, comunicar etc. etc. para gestionar unos recursos muy costosos que son de todos los ciudadanos.

Cuatro palabras sobre la crisis de los profesionales. El SNS tiene un pecado original que está en la base de una gran parte de las enfermedades y de los males del SNS y es que en los años 80, cuando se creó el SNS hubo un pacto explícito entre profesionales de la medicina, entre políticos y entre directivos para hacer el sistema que tenemos en la actualidad, que garantizaba un empleo fijo estatutario a todos los profesionales. En aquella época seguramente deslumbrados por la ideología vinculada a los Sistemas Nacionales de Salud, se creó un sistema muy rígido pero que de alguna forma garantizaba un empleo para toda la vida a los profesionales y aquí en este pecado original participaron todos, participaron los sindicatos y participaron los profesionales y participaron, digamos, los directivos. Ese modelo es una fuente de frustración para el desarrollo profesional de los profesionales y de los médicos.

Sobre esto se ha hablado muchísimo. El médico tiene una parte de artista, de autónomo y esto cuadra mal con la plantilla orgánica intervenida por el interventor y el plus de no sé que. Y esto está en la base de una crisis de desencanto de muchísimas generaciones de profesionales que se han ido desapegando del sistema de sanidad público, porque los médicos han ido perdiendo poder, se han ido alejando, han estado despojados de cualquier capacidad de influencia. Los mecanismos que tenemos de participación, las juntas clínicas, las juntas facultativas, muchas veces no dejan de ser órganos meramente decorativos, digamos, y los médicos se han ido alejando, han perdido todo protagonismo. Este hecho está en el núcleo crítico de los problemas que tiene el SNS.

Naturalmente los médicos y sus sindicatos y las asociaciones profesionales también tienen su culpa. Esto es como el modelo soviético, en el que a uno le pagaban por ir, si después trabajaba mucho o poco y con calidad esto ya era otra cuestión. En el SNS pasa un poco lo mismo, hay

unas variabilidades increíbles, incumplimientos horarios en los grandes hospitales universitarios, bastante escandalosos. No los satanizo, sencillamente ha sido fruto de esa degradación cultural, en la que los médicos se encuentran mal tratados y con razón.

Por tanto creo que este es uno de los problemas que tenemos y aquí digo a los médicos que tienen ellos que hacer un esfuerzo y decidirse si quieren ser tratados como “blue collars”, los cuellos azules, los trabajadores manuales de la Ford o de Detroit o quieren ser todos “white collars”, como profesionales de Google o de Microsoft, son dos cosas diferentes, con dos culturas diferentes, con dos inserciones organizativas absolutamente diferentes.

¿Quiere usted la plaza para toda la vida y que sea muy difícil moverse? Ese es el primer modelo. ¿Quiere usted participar más en las organizaciones? Se habla de transferencia riesgo, pero nadie está seriamente hablando de despedir a médicos. Estamos hablando de recuperar la meritocracia, la retribución variable, basada en datos objetivos, en calidad, en productividad, en empatía con el paciente, en formación y de alguna forma crear una cultura competitiva que sea más rica para los profesionales.

Creo que mientras los médicos de nuestro país no tengan claro hacia donde quieren ir, no nos vamos a mover demasiado de la situación crítica en la que estamos inmersos. Después hay otros problemas que están en la base de la crisis de los profesionales, las jóvenes generaciones tienen valores absolutamente diferentes a los valores que tenían los residentes jóvenes de hace 30 años. Yo estuve en el Hospital de Sant Pau. Recuerdo cuando salía de la guardia un residente y el jefe de servicio decía que ha entrado un enfermo que es un caso interesante. Había codazos para quedarse, pero ya los propios jóvenes residentes, -es verdad que se han utilizado mucho como mano de obra-, los jóvenes residentes dicen que ha llegado las ocho de la noche y que ellos se marchan.

Por lo tanto mal vamos, si priman más los aspectos organizativo-laborales que los aspectos profesionales. Aquí vuelvo a la idea anterior, la medicina es un trabajo o es una profesión, yo no digo que tenga que ser un sacerdocio, pero los médicos tienen que decidirse y si no, insisto, no lograremos sacar adelante las crisis profesionales en que están metidos en nuestras instituciones.

Hay otros fenómenos que son de todos conocidos. Uno de ellos es la feminización, que todos conocéis y que es espectacular. Cuando les

damos la bienvenida al primer curso de medicina, pues el 60% son mujeres, pero la feminización directiva sigue siendo prácticamente marginal e inexistente. Da la impresión que esto de ser directivo de hospital es una actividad llena de testosterona, hay muy pocas mujeres gestoras directivas de hospitales universitarios, con lo cual aquí también tenemos un problema sobre el que vale la pena reflexionar un poquito.

Creo que hay que recuperar ese concepto muy potente de profesionalismo. Y a los nuevos que son viejos valores de la medicina, como el altruismo, la devoción de servicio público. Creo que esos valores no son incompatibles con ser riguroso en exigir condiciones laborales adecuadas, pero hay un largo recorrido y yo no estoy seguro que vayamos por la buena vía.

Después los sindicatos, -permitidme decir, que los sindicatos son absolutamente justificables en nuestra sociedad democrática y bastantes años pasó España sin sindicatos-, tienen una visión absolutamente cortoplacista. Cuando fui Director del Instituto Catalán de la Salud, tuve que gestionar una huelga de médicos, la más grande después de 21 años de Convergencia y Unió, que tuvo muy pocas, llegó el tripartito y nos hicieron una huelga de médicos. Y eso que subimos un 50% el presupuesto en 3 años. No sé que pasó, porque en las negociaciones solamente se hablaba de salarios, de horarios y yo les decía que no se preocupasen porque las condiciones de trabajo de los profesionales, la ergonomía, la conciliación, la formación, el desarrollo profesional, y nada de los pacientes, y si miráis los acuerdos sindicales de todas las CC.AA de nuestro país, la palabra paciente no existe. Además hay otra cosa que es preocupante, en cualquier sector una negociación sindical significa ceder por ambas partes, eso es una negociación, en el caso de las negociaciones con los médicos, con sus sindicatos no hay cesión digamos, yo les decía porqué no ponemos algo de incrementar la productividad o la calidad. Creo sinceramente que ahí tenemos un problema porque hay que meter en el saco de las negociaciones los aspectos del desarrollo profesional, los aspectos organizativos-laborales y salariales y mientras esto no lo consigamos creo que también vamos por mal camino.

El paciente impaciente, para arreglarlo todo viene el paciente, un paciente que es mucho más culto, el 8 barra es como se dice vulgarmente al paciente. Ahora la gente es más culta en nuestro país. Mucha gente va al médico y ha ido a Google y ha hecho la consulta de su enfermedad y va al

médico y le dice Dr. esto que usted me está diciendo yo he ido al Google y me ha dicho que hay tratamientos alternativos, con lo cual el médico se rebota, -así podíamos tratar a la gente durante el franquismo-, ahora no lo podemos tratar así.

A los jóvenes profesionales que han hecho un master y que hablan 14.000 idiomas, no les podemos decir, oiga usted no sabe nada, por lo tanto vamos a tener que desarrollar nuevos perfiles de comunicación y el paciente va a estar más informado. En EE.UU., el primer motivo de consulta a Internet son las webs médicas, hay muchísimas, de muy buena calidad. Son muy serias y por ejemplo están clasificados los hospitales por resultados, cosa que en España no hemos dado ningún paso al respecto y por servicio y por resultado por médico. En los hospitales National Health Service (NHS) se puede pinchar el nombre de un médico y saber la mortalidad digamos por cáncer que tiene ese médico, en relación a los médicos de su servicio y a los estándar del NHS. Hay algunas iniciativas interesantes, el SAS está avanzando tiene una web, nosotros en Cataluña lo intentamos hacer en el ICS, seleccionando 30 patologías en los 8 hospitales del Instituto Catalán de la Salud, que son los grandes. Desgraciadamente no hubo acuerdo en el departamento de Salud porque la idea que prevalece en nuestro país es que los pacientes no lo van a entender, -los pacientes aparentemente son tontos-, pero somos el único país que piensa así.

Si vamos a Inglaterra, a Suecia, a Australia, a Nueva Zelanda, a EE.UU, hay muchas webs que dan información basada en metodología robusta, sobre los resultados de los diferentes hospitales y por lo tanto la gente tiene una enfermedad, primero va a mirar a ver donde están los mejores resultados (es verdad que es un sistema en EE.UU. muy diferente al nuestro) pero nosotros no vamos a poder ocultar más tiempo la variabilidad de resultados de nuestro sistema.

Por cierto, tengo que decir, y no es un chiste, de la misma forma que el primer motivo de consulta en EE.UU. son las webs médicas, en Europa, son las webs pornográficas, lo cual dice mucho a que nos dedicamos la gente en Europa.

Seguridad clínica e investigación médica, creo que son dos temas críticos muy importantes. Ya sabéis que en EE.UU. hay un informe muy famoso “To err is human” que decía que cada año mueren decenas de miles de personas por errores médicos, nosotros no estamos siendo robustos en nuestro país, con los grandes problemas que tiene el SNS, la eclosión

también de centros en las CC.AA ha hecho que perdamos muchas veces relación óptima entre volumen de intervenciones y resultados. Este es uno de los grandes problemas que tenemos en nuestro país. Hay un famoso informe del Kings Fund de hace 8 años que es demoledor. Los hospitales que hacen el volumen mínimo de intervenciones para tener unos resultados óptimos, están muy alejados de aquellos que no realizan ese volumen mínimo, por lo tanto ahí también hay un diferencial sencillamente de mortalidad y ahí se ha acuñado un concepto que es el de “lotería sanitaria”, según en que centro vas a tener más oportunidades de sobrevivir sin secuelas que en otro.

En cuanto al tema de seguridad, creo que es muy importante, y la investigación biomédica creo que es importantísima, nosotros tenemos unos buenos hospitales universitarios y por tanto hay una gran oportunidad en nuestro país de seguir potenciando la investigación a pie de enfermo, que es la investigación trasnacional. Seguramente nos equivocaríamos, salvo quizás en Barcelona y en Madrid, quizás Valencia también o Andalucía, si no quisiéramos concentrar en la investigación básica, pero España tiene un buen nivel de hospitales universitarios y yo creo que ese es un driver muy importante para aprovechar.

Financiación, sostenibilidad e infraestructuras. En primer lugar, no hay que asustarse. Llevamos muchos años en este sistema, estamos acostumbrados al catastrofismo del “esto ya se acaba”. Y he pasado por cinco fases de “esto se acaba” y después hay un acuerdo de presidentes, vieron un ciclo expansionista y nos hablamos in extremis. Ello no quita que no nos tengamos que poner las pilas para abordar este tipo de cuestiones, está muy bien estudiado las causas de incrementos de costes del sistema sanitario. Los expertos dicen que en 10 años gastaremos el doble de ese 6% en España de PIB para sostener el Sistema Sanitario. No sé si esto es cierto, hay bastante consistencia, pero en todo caso vamos a gastar más dinero si queremos tener una Sanidad de buena calidad.

Las causas son diferentes, son muy variadas, el tema de inflación interna está mal estudiado, la inflación interna del Sistema Sanitario es muy superior a la inflación general del país, seguramente porque falta competencia de los proveedores. El driver fundamental de incremento de coste en los Sistemas Sanitarios es que hacemos prestaciones que naturalmente obtienen mayor calidad al usuario pero que son más costosas. ¿Qué vamos a tener que hacer? Introducir racionalidad en las carteras de

Servicios y vamos a tener que evaluar mejor los servicios y actuar más con protocolos. Aquí está muy de moda el famoso tema del copago y diría que para tratar los temas de la sostenibilidad y vinculados al copago son estrategias muy rápidas porque en primer lugar son nuevas modalidades de participación financiera. El que el usuario pague más sería estupendo si tuviéramos, como en el laboratorio, un modelo que fuera perfecto. Pero la verdad es que hay cosas que funcionan en el laboratorio y no funcionan en la vida real. Por ejemplo si nosotros fuéramos capaces de introducir un copago que no limitara el acceso a los desfavorecidos, que la cuantía permitiera recaudar, que sea por tanto fácil de implantar, que desincentive el uso irracional de los servicios, por qué hay un uso irracional. En Barcelona se han hecho algunos estudios que se han publicado, después de las películas en la tele y de los partidos acude mucha más gente a los Servicios de Urgencia, o sea te has estado aguantando el dolor de barriga hasta que ha acabado el espectáculo. Por lo tanto creo que un cierto uso irracional, también por motivo o por insensateces de los políticos. El tema del copago hay que abordarlo con sensatez: ser sensatos en los planteamientos para los ciudadanos racionalizar los nuevos servicios y prestaciones. Este año en varias comunidades se han incrementado aproximadamente una decena de nuevos servicios. Por ejemplo en Cataluña vamos a implantar la odontología gratis, porque se puso para una franja de edad, pero esto es un regalo fiscal porque la odontología en un país hace 25 años con la renta que tenía, tenía sentido pero ahora casi todo el mundo tiene capacidad de pago para llevar al niño al odontólogo, en vez de comprarle las zapatillas Nike y cada 6 meses. Es verdad que habrá una franja pequeña que no tiene esa capacidad de pago. Debemos concentrarnos en los nuevos servicios de prestaciones para esa franja pequeña, no universalicemos el servicio, porque nos están haciendo un regalo fiscal las clases medias. Por lo tanto considero que nos tenemos que poner de acuerdo sobre los servicios que introducimos. El tercer enfoque será incrementar la eficacia y hablar de los temas de variabilidad que son importantísimos; y el cuarto enfoque es reorganizar el servicio, que es la priorización del gasto público. Antes de poner copago sería partidario de poner un canon a la televisión, porque estos programas que salen en las televisiones públicas a las 2 de la tarde hablando de la “Beautiful People” ¿Esto es servicio público? ¿Esto lo tenemos que pagar los ciudadanos, y vamos a hacer pagar a la gente 2 euros por visita mientras nos ponen esa bazofia?, que es absolutamente legítima que la pongan en las

televisiones privadas. ¿Qué problema más importante tiene este país, la Sanidad o la calidad de la Educación? Yo creo que hay que poner más dinero primero para Educación, a la innovación empresarial, que es la que crea riqueza para cambiar nuestro modelo productivo que no para la Sanidad.

SEGUNDO SIMPOSIUM
LA GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

***“ESTRATEGIAS DE COORDINACIÓN DE LOS SISTEMAS
REGIONALES DE SALUD”***

JULIAN GARCIA VARGAS
Ex-Ministro de Sanidad y Consumo

12 DE MARZO DE 2009

CONFERENCIA

Muy buenas tardes. Quiero felicitar al RIDEA, por su ciclo sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS) y quiero felicitar sobretodo al impulsor directo del ciclo que ha sido D. Juan Luis Rodríguez-Vigil, que, como el ha dicho, comparte esa afición por este elemento central de articulación de la sociedad española que es el SNS. Quiero agradecerle que me haya invitado y agradecer también a D. Martín Caicoya, que se ha ocupado de mí en los últimos días para que mi presencia hoy fuera posible.

Quiero decir que cuando me invitó el Sr. Rodríguez-Vigil a este ciclo, estábamos, aproximadamente en Diciembre y era un momento ya de bastante preocupación económica, que a lo largo de estos tres meses que han transcurrido se ha agudizado. Por tanto, al hablar de la coordinación de los servicios autonómicos, en realidad de lo que estamos hablando es del efecto de la crisis económica sobre el conjunto del SNS, que pienso que favorecerá la reflexión y la adopción de ciertas decisiones, si lo hacemos bien, y abre oportunidades aprovechables por el SNS, en beneficio del conjunto de la economía y de la sociedad española.

De hecho lo que estamos viviendo en España es el fin de un largo ciclo que se inició cuando pusimos en marcha un SNS universalizado hace veinte años. Un SNS excelente, que llega a todos los rincones, que iguala a los españoles, al que se haya dedicado mucho a recursos económicos y que ahora, si escuchamos a todos los consejeros, está en un momento de especial dificultad, que probablemente va a durar todavía unos dos o tres ejercicios. Eso supone que tendríamos un periodo de al menos cinco años en el que los consejeros van a tener que hacer frente a problemas muy graves por insuficiencia presupuestaria. Esto no es nuevo y viene ocurriendo desde finales de los 80, pero siempre se consiguió, con fondos adicionales, que los recursos dedicados a sanidad crecieran ligeramente por encima del PIB nacional y por encima del crecimiento del gasto global y del PIB de las Comunidades Autónomas.

Esta es una situación distinta en la que esos crecimientos adicionales sistemáticos van a ser mucho mas difíciles. Esto obliga, para empezar, a reflexionar de otra manera y a explicarlo de otra forma a los ciudadanos, implicándoles en algo que tampoco es tan dramático aunque sea poco popular. Simplemente que tenemos que asumir y explicar que se ha acabado una época en la que había recursos suficientes y en la que las autonomías rivalizaban, -esto ha ocurrido durante unos cuantos años-, en añadir prestaciones o en añadir servicios que las distinguieran de la comunidad de al lado. Que esta rivalidad termine es positivo. De hecho, se nota en el ambiente que el interés por la diferenciación prácticamente se ha olvidado y las Comunidades están mucho más dispuestas a cooperar entre ellas y exigen incluso del Ministerio de Sanidad una labor de coordinación y de liderazgo que hace dos o tres años muchas de ellas negaban.

Por tanto, el cambio de mentalidad, el cambio de ambiente es bastante visible y permite tomar medidas para racionalizar la práctica clínica, para moderar la demanda y para eliminar ciertos excesos que recurrentemente venimos sufriendo en nuestro SNS.

Queda todavía un poco de la vieja inercia a pensar que todas estas dificultades se pueden soslayar recurriendo en la economía española a un mayor recurso al déficit público. Es verdad que partimos de una situación económica en la que el sector público, por primera vez en muchos años, comparativamente está mucho menos endeudado que el sector privado. Por lo tanto ahí hay cierto margen, pero es un margen reducido. Las personas que creen que el déficit fiscal puede crecer mucho son las que argumentan

al mismo tiempo que el Sistema de Salud es un yacimiento de empleo (esta expresión la habrán oído ustedes muchas veces y en alguna proporción puede serlo). Yo creo en los próximos dos o tres años vayamos a tener una gran facilidad para acudir a los mercados internacionales a endeudarnos y para hacer del sistema sanitario un mecanismo para salir de la crisis, eso no va a ocurrir.

Simplemente, una reflexión superficial: el año pasado crecimos todavía el 1,2 del PIB, a pesar de lo cual se produjo una caída de ingresos fiscales del 7% del PIB y un aumento de los gastos del 8,7. La caída en los ingresos, en parte corresponde a la Administración Central y en parte a las CC.AA. El año pasado creciendo el 1,2 tuvimos un déficit del 3,82 del PIB, del que más de un tercio corresponde a las CC.AA, concretamente el 1,45. ¿Qué va a pasar este año? Este año, estamos esperando que vamos a decrecer entre el 2,6% y el 2,8% del PIB (algunos exagerados dicen que hasta el 3%), con un déficit fiscal previsto por el Ministerio de Hacienda del 7 o el 8% del PIB, ¿Se puede financiar ese déficit? Claro que si, se puede financiar pero ¿a que coste? La clave está en ese coste, es decir en la posición de España como deudor internacional. Nuestro país ha perdido muchos puestos este año en la clasificación de deudores, ya lo ven ustedes, se va bajando en el ranking a las empresas españolas y a los bancos. Lo peor es que en 2010 seguiremos teniendo mucho déficit y por lo tanto el recurso al endeudamiento no va a solucionar la situación de la economía y tampoco la del sistema sanitario.

Creo que tenemos que hacernos a la idea que en España no solo sufrimos un problema de liquidez bancaria que en parte hemos heredado o nos han contagiado otros países. Sufrimos una crisis propia derivada de la de un sector en el que pusimos demasiados recursos, el de la construcción y el inmobiliario, y sufrimos también una crisis muy fuerte de competitividad como país. Probablemente va a haber más dinero en los presupuestos del Estado. ¿Dónde lo vamos a poner? Un poco en sanidad, un poco en educación, un poco en justicia, pero sobre todo vamos a tener una prioridad absoluta que va a ser la prestación por desempleo. A continuación vienen las inversiones públicas preferentemente en infraestructuras. A medio plazo la prioridad absoluta es ganar eficacia, ganar competitividad, para exportar más. Hay que hacer un esfuerzo muy grande en muchas cosas pequeñas a la vez, como por ejemplo la formación profesional, la capitalización de las empresas, sobre todo las PYMES, el I+D y el apoyo a la exportación.

La prioridad en los próximos años en el gasto público, no va a estar en el sistema sanitario, no va a poder estar ahí y por eso los Consejeros se quejan con razón de que están sometidos a una presión muy fuerte sin tener los recursos suficientes y ni siquiera esa pequeña ventaja que poco a poco iban consiguiendo de crecer un poco mas que el gasto público autonómico. Algún optimista dirá, esto se puede arreglar con el nuevo sistema de financiación autonómica, con la discusión que ya se ha puesto en marcha, que va a aumentar la participación de las CC.AA en los impuestos estatales. Es verdad que en el medio plazo eso será positivo, pero en el corto plazo la recaudación de esos tributos no cesa de disminuir. Solo hay que fijarse en que la del IVA en los últimos meses viene decreciendo en torno al 17% de ingresos, que es una barbaridad. No lo ha dicho Juan Luis, pero hice las oposiciones de Inspector de Hacienda, aunque luego la vida me llevó por otros derroteros, y esto no había visto nunca. La caída del impuesto de sociedades ha sido del 12% en el último trimestre. Puede haber una nueva financiación autonómica pero con unos recursos del Estado bastante disminuidos.

Pienso que la nueva financiación autonómica está bien enfocada y que introduce algunos criterios que al sector sanitario lo van a favorecer, como por ejemplo que ya se ha acordado añadir nuevos criterios de reparto. Además de los clásicos del volumen de población, la dimensión del territorio, la dispersión de la población, la insularidad y la población de más de 65 años se están anunciando introducir un criterio nuevo que es la “población sanitaria protegida equivalente”. Ese concepto divide a los ciudadanos en tres grupos: los de menos de 5 años, los de mas de 65 años y los que están entre 5 y 65 años. Esto permitirá ajustar un poco mejor el gasto porque antes a la población infantil no se le tenía en cuenta y ahora, cuando algunas comunidades tienen grandes problemas de pediatras, conviene tratarla separadamente y lo mismo sucede con la población equivalente mayor de 65 años. El nuevo sistema será más beneficioso para las CC.AA pero se va a poner en marcha en un momento económico muy difícil que restará su potencialidad a corto plazo. Dada la disminución de ingresos de los impuestos estatales, las mejoras de financiación de las CC.AA no van a ser muy importantes en el periodo inmediato.

La situación de los servicios autonómicos de salud es muy parecida en toda España. Los diecisiete Consejeros están argumentando prácticamente de la misma manera. Todos explican que sufren mucha

presión de demanda, que llevan dos años haciendo esfuerzos para no aumentar la deuda y que los profesionales están estresados. Tampoco les falta razón cuando esgrimen que España sigue teniendo una financiación sanitaria con respecto al total del gasto público, con respecto al PIB, que todavía tiene cierto recorrido en comparación con otros países. Es verdad pero solo en parte. España ya está en los últimos años en un nivel de gasto sobre el PIB no tan lejos de la media a la que nosotros tenemos que mirar, que son la Unión Europea (UE) de 15. Con respecto a la UE a 15 la diferencia ya no es tan grande: los miembros de ese grupo gastan el 9,2 del PIB de media y nosotros el 8,4. Ahí tenemos cierta posibilidad de crecer, pero ya no es tanto como hace unos años. Entre otros motivos porque el gasto real, teniendo en cuenta el déficit sanitario acumulado por las CCAA, eleva ese 8,4 probablemente al 9%.

Lo mismo ocurre si lo medimos con otros indicadores como el gasto en sanidad respecto al gasto total de las administraciones públicas o con el gasto absoluto por persona. Si nos alineamos con nuestros socios europeos hay posibilidades de aliviar algo la situación, pero vemos que ellos tienen también muchos problemas en sanidad, a pesar de gastar proporcionalmente más que nosotros.

Aunque los Consejeros tengan razón al pedir más recursos, esos problemas de nuestros socios europeos deben alertarnos. No estamos ya lejos de ellos y sus dificultades nos advierten que no podemos centrar el futuro del SNS únicamente en poner más fondos presupuestarios. Hay que estudiar lo que hacen los demás en la UE y tenerlo en cuenta para definir lo que es preciso en España. La crisis económica, nos da en sanidad como en otros muchos sectores, la oportunidad de ampliar el campo de nuestra visión y no seguir insistiendo siempre en los mismos argumentos, que en el sistema sanitario están un poco agotados en los últimos tiempos. No seguir insistiendo solo en poner más dinero sino plantearse con tranquilidad algunas medidas que hasta ahora políticamente han sido incorrectas.

Tenemos que pensar, antes de hablar específicamente de sanidad, en las opciones globales de asignación de recursos públicos en el conjunto del Estado y después territorio a territorio. Tenemos próximo un ejemplo que es Francia. Nuestro vecino dedica notablemente más recursos a sanidad que España, pero prácticamente todas sus autovías son de peaje. Allí siempre han tenido copagos en sanidad y en otros servicios públicos. Algo parecido podemos ver también en Alemania: además de más peajes y

copagos que nosotros, el IVA es 3 puntos más alto que aquí y su tarifas de IRPF son mas elevadas que las nuestras.

Cuando contemplamos este panorama completo de opciones globales de gasto e ingresos públicos, con lo bueno y lo malo, no es tan difícil plantearnos que a lo mejor hay que aumentar la participación de los ciudadanos en la financiación de ciertos servicios. No me estoy refiriendo a ciudadanos concretos, activos o pensionistas, sino al conjunto de los españoles. Así, la financiación de la sanidad puede ser vista de otra manera.

Pero veamos si hay margen en las economías familiares españolas. Si tomamos la encuesta de presupuestos familiares del INE del 2006 y la comparamos con la encuesta de hace 30 años, la del año 1965, el gasto medio en salud de los españoles ha pasado del 3,2 % de su presupuesto al 3,6 en el año 2006. Un cambio mínimo. Si miramos educación el resultado es similar. Pero si observamos el gasto en Hoteles y Restaurantes el 3 % del año 65 pasa en 2006 al 14,1%. Es decir, ha cambiado radicalmente la distribución del presupuesto familiar en el hogar medio de España y no precisamente a favor de sanidad o educación. Esto implica que hay un cierto margen para pedir un esfuerzo a las economías familiares.

Desde las CC.AA, estas grandes opciones de ingresos gastos son aún más visibles. Continuamente hay que preguntarse si los recursos nuevos los vamos a gastar en infraestructuras de transporte libres de peaje o en educación o en sanidad. De hecho, las CC.AA no gastan sus presupuestos con la misma composición. Se dice siempre que el sistema sanitario Español forma un SNS, pero no es totalmente homogéneo porque no todas las CC.AA tienen los mismos objetivos de gasto y algunas gastan en sanidad proporcionalmente más que otras. Por eso hay que evitar una relación mecánica entre financiación de la sanidad y financiación autonómica. A lo mejor, a las que hacen mas esfuerzo sanitario hay que compensarlas en lo que se pueda al negociar un nuevo sistema de financiación autonómica, matizando caso a caso.

El gasto que las autonomías asignaban a sanidad sobre sus presupuestos totales se ha moderado un poco en los últimos años según los datos disponibles, que son de 2005 nos sirve. Dentro de poco tendremos los datos de 2007 proporcionados por grupo de estudio del gasto sanitario que se creó después de la fallida conferencia de presidentes convocada para tratar el gasto sanitario. En 2005 la media era del 34,96%, mientras en 2003 era el 37,6%. Sin duda esta proporción se ha reducido algo más en

años posteriores, vistos los presupuestos de 2008 y 2009. En cualquier caso sigue siendo un tercio del presupuesto de las CC.AA. Cuando el consejo de gobierno y la asamblea regional se reúnen en cualquier Comunidad, el 35% del presupuesto ya está asignado al consejero de sanidad, limitando las opciones de gasto de las restantes consejerías.

Siempre con datos de 2005, no todas las CCAA gastan el 35%. Murcia por ejemplo gasta 39,5%, Cantabria el 37,7%, Asturias el 37,2%, y Castilla La Mancha el 37%. Estas comunidades optan a favor de sanidad en contra de otras posibilidades. En el lado contrario que el País Vasco, gasta el 32,5%, aunque el cupo altera su situación, y Galicia el 33,9%. Comparando comunidades con un nivel de desarrollo parecido, como Galicia y Cantabria, una gasta casi 4 puntos más que la otra. Por esto cuando nos sentamos en la mesa de discutir la financiación sanitaria es difícil decidir una solución igual para todos.

Si tomamos la comparación del gasto sanitario sobre el PIB de cada CC.AA la media es el 5,5%, pero Extremadura gasta el 8,05% y Madrid, solo el 3,55%. Las divergencias que veíamos antes con respecto al presupuesto total de cada autonomía se magnifican al utilizar la referencia del producto bruto autonómico y las opciones presupuestarias elegidas se ponen aún más de manifiesto. Castilla La Mancha está en el 6,8%, Asturias el 6,44, Galicia el 6,37. Por eso hay que matizar mucho cuando se habla de mejorar la financiación sanitaria de las CC.AA.

Lo que está claro es que algunas CC.AA como Asturias hacen una opción clara a favor de la sanidad. Todas las comunidades ricas están, con respecto a su PIB, en la banda baja. Madrid es la que está más abajo con el 3,55%, Cataluña se sitúa en el 4,25 y el País Vasco en 4,46 %. El gasto en sanidad con respecto a la riqueza que se genera todos los años en cada territorio tiene un peso mayor conforme la CC.AA es menos desarrollada y hay que intentar que esto se corrija.

Si hacemos un análisis más actual con los presupuestos del 2008, aunque no se conoce su ejecución con detalle, las comparaciones se complican porque algunas CC.AA han incorporado dependencia al capítulo de sanidad. No obstante, todas las cifras que he mencionado son las que elabora el Ministerio de Hacienda, aunque las publica con retraso, desbrozando lo que acompaña al gasto sanitario. Quiero destacar que en los presupuestos no aparece la deuda sanitaria acumulada, que es un concepto muy importante porque hay CC.AA que con una deuda muy elevada

respecto a su gasto sanitario. La media de esa deuda sanitaria es bastante elevada, el 12,2% del total del gasto sanitario autonómico en cifras de 2005, pero hay que decir en beneficio de las comunidades que dos años antes era más alto y parece que incluso se moderó algo en 2007.

Me temo que 2008 volvió a crecer, ya veremos las cifras cuando aparezcan, pero empieza a haber una preocupación generalizada por contenerlo. Las tres comunidades que desde hace ya muchos años vienen apareciendo como las más endeudadas son Cataluña, Valencia y Andalucía. Una muy rica, otra bastante rica y otra que está en la banda más bien bajan, lo que no tiene una lógica muy grande con respecto a lo que decíamos anteriormente. Cataluña viene rotando una deuda que está en torno al 21% de su gasto sanitario; hizo un esfuerzo muy grande en 2004 y 2005 y la redujo pero últimamente me han contado ellos mismos que les ha vuelto a aumentar. Valencia acumula una deuda del 24% de su presupuesto y Andalucía el 20% y ahí situada desde hace una temporada larga. Esto significa que los proveedores no cobran con la misma premura que cobran en otras CC.AA y los gastos financieros se cargan también al presupuesto. De hecho, todas las CCAA tienen deuda sanitaria. Asturias tenía 116 millones en 2005 y 129 en 2003.

Hay algunas que tienen deuda oculta, que no está contabilizada porque legalmente no computa. Es el caso de los PFI de Madrid, el Private Finance Initiative; no computa en Bruselas como deuda, pero eso es deuda que se paga. Los siete nuevos hospitales de Madrid se pagarán en un periodo de 20 años y probablemente a un coste financiero un poco más alto que si se emitieran bonos de una CC.AA tan potente como es la de Madrid. También las concesiones del sistema Alcira son deuda, probablemente deuda un poco mas eficiente en el sentido de que, y eso nos lleva a otro tema, de que es un tipo de gestión mas controlable pero deuda aplazada.

En definitiva, ¿cuánto dinero por persona se gasta cada CC.AA de verdad? La media en el año 2005 es 1.090 € por persona, aunque las desviaciones son grandes. Cantabria gasta 1.331 €, Aragón 1.209 € y Asturias 1.205 €. Son las tres que están más arriba. Asturias gasta igual que Navarra que es una comunidad mucho más rica y tiene un sistema de financiación muy favorable. Andalucía gasta 1.020 €; Madrid, que es una comunidad muy rica, está en 1.026 €; Valencia 1.029 €; Cataluña, 1.040 €. Hay algunas dificultades de interpretación porque algunas comunidades no tienen de verdad contabilizada la población real que están protegiendo,

debido a la emigración no regular. Por tanto, algunas CC.AA como Valencia, se quejan con razón, de que la cifra de gasto es muy baja y que está subfinanciada por el Estado, porque no se tiene en cuenta toda su población. Madrid podría decir lo mismo y Cataluña también.

De todo lo dicho se pueden sacar algunas conclusiones antes de ser bombardeados por los números de la financiación autonómica que, en dos o tres semanas empezará a debatirse. Podemos afirmar que entre 1999 y 2004 ha habido un fuerte aumento de la financiación sanitaria; desde 2005 se ha ido frenando y en este momento está bastante estancada, en términos proporcionales sobre los presupuestos autonómicos reales. Hasta el año 2003-2004 el incremento del gasto sanitario sobre el total de gasto de las CC.AA sobre el PIB ha sido muy fuerte.

Esto es algo que empieza a pesar sobre las CC.AA porque el margen de gasto que queda para otras políticas se ve reducido. Lo cierto es que desde los 90 hasta mediados de los años 2000 ha habido un incremento de gasto sanitario per cápita regular y constante. Si nos remitimos a hace 20 años siempre ha crecido más el gasto sanitario real que el PIB de España.

Sin duda esto es positivo. España tenía un atraso en infraestructuras y en prestaciones sanitarias y lo que ha hecho es simplemente cubrir la diferencia que tenía con el resto de países europeos. Todavía nos queda un poco, como dije antes, pero ya no tanto. Ahora nos toca el esfuerzo de adaptación de la demanda que han hecho todos los países cuando llegan a su madurez económica.

Para no marearles más solamente les voy a dar un dato, que es la composición del gasto sanitario que tampoco ha sido estática. El sanitario es un sector basado en servicios personales especializados pero ha habido desde finales de los 90 una caída sostenida del peso del gasto de personal, que era más del 50% a finales de los 80, el 49% en 1999 49% y del 45,7% en el año 2005. En 6 años ha bajado más de 3 puntos, que es mucho. Eso significa que hemos estado aumentando el personal sanitario, especialmente el de mayor formación, que tiene un coste mayor, y sin embargo los sueldos y salarios tienen menos peso en el conjunto. Por tanto ha habido una traslación de gasto hacia otros capítulos. El peso del gasto farmacéutico entre el 99 y 2005 es el mismo, en torno al 21 o 22%, el de los conciertos más o menos es igual y otros conceptos tampoco han variado. Sin embargo, los consumos intermedios, que suponían el 18,5 en el 99 y han pasado al 21,5. Los tres puntos que ha perdido el personal, los han ganado los

consumos intermedios. ¿Qué significa esto? Que los consumos de tecnología y de pruebas cada vez pesan mas en el conjunto del presupuesto sanitario. Si lo que estamos buscando son partidas en las que podamos ahorrar, no deberíamos que mirar tanto al personal como a los consumos de tecnología y pruebas. Luego me referiré a ello.

Los consejeros reclaman cada vez con más frecuencia que la financiación sanitaria sea finalista. Para ellos esto sería más cómodo que tener que debatir con los consejeros de otras carteras cuando se elabora el presupuesto. Los de sanidad son los que sufren la presión social más fuerte y por lo tanto preferirían el que a través del Consejo Interterritorial la financiación del sector estuviera ya determinada. Esto no es posible.

La imposibilidad es de tipo constitucional. En los sistemas federales o cuasi federales, como el nuestro, es imposible imaginar una negociación en la que cada CC.AA pusiera sobre la mesa sus prioridades de gasto, que ya hemos visto que no son iguales en Madrid y en Asturias, y que eso se pudiera cuadrar en una negociación a 17 más uno que es el Estado. Por definición, los sistemas cuasi federales dejan autonomía de asignación de los recursos financieros a cada territorio y precisamente esa es una de sus razones de existir. Por lo tanto, a las comunidades irremisiblemente les toca decidir como distribuyen su gasto, sin que haya ningún tipo de asignación previa a ellas. Las CCAA deben también decidir sobre los ingresos fiscales, aunque siempre que hablamos de sanidad se nos olvidan los ingresos fiscales.

En este momento que tenemos una inflación que es históricamente la más baja de los últimos 40 o 50 años, ¿no sería razonable aumentar un poquito el impuesto especial sobre hidrocarburos? ¿No podríamos subir un poco el IVA? El IVA ya es más complicado, pero esa decisión la puede proponer directamente el Gobierno y aprobarla con los presupuestos generales; así lo han hecho varios gobiernos europeos en los últimos meses. El recargo de hidrocarburos, asignado precisamente al gasto sanitario es una competencia que tienen las CC.AA y solamente la han implementado en 5 o 6 de ellas. Lo han implementado Cataluña, Madrid, Valencia, Castilla La Mancha y Extremadura, que yo sepa, y en los 2 últimos años no hubo ninguna modificación de la lista. Por tanto hay margen, hay mecanismos que se pueden utilizar y que no se utilizan. Cuando las CC.AA trasladan al Estado sus quejas sobre el condicionante que supone la sanidad sobre sus posibilidades de hacer política, estos aspectos de recaudación también hay que tenerlos en cuenta.

Hay que matizar esas quejas. ¿Cuántas CC.AA han suprimido el impuesto de sucesiones? Por supuesto es un impuesto que había que modificar porque se había quedado un poco anticuado, ¿Por qué se suprime del todo o se reduce a cuotas simbólicas? ¿Cuántas CCAA han modificado al alza al alza el impuesto de transmisiones? El Mº de Hacienda lo va a poner encima de la mesa al iniciarse el proceso de negociación de la financiación. Hay mas aspectos que ya se han incorporado al documento previo y que forman parte también del acervo de lo que se acepta sin discutir. Por ejemplo, el criterio clásico de la población mayor de 65 años, criterio que cada vez tiene mas peso en la financiación autonómica. Los consejeros saben que un pensionista gasta 12 veces más que un activo en farmacia; 6 veces más en número de recetas y dos veces más en el precio de cada receta.

Estos son datos que las comunidades manejan bien, pero también esto hay que matizarlo. Es cierto que el gasto de pensionistas es aproximadamente tres cuartas partes del gasto total en sanidad; es verdad que este es un argumento muy de peso, pero los sistemas sanitarios empiezan a tener muchos más datos sobre si mismos y empiezan a diseccionar el gasto que producen los mayores. Es verdad que se dan excesos de demanda y utilización indebida por parte de los pensionistas. Ya en EE.UU a mediados de los 90, un estudio de Medicare que fue muy difundido, puso de manifiesto que a lo largo de 5 ejercicios seguidos el 5,1 de los beneficiarios de Medicare generaban el 29% de gasto anual. Si todos eran mayores, ¿a que se debía que un 5,1 generara el 29%? El 5,1% eran los que habían muerto ese año. Desde entonces se empezó a considerar que no es el envejecimiento si no la mortalidad lo que debe tenerse en cuenta para ver el peso de los mayores en conjunto del gasto sanitario.

Desde luego no me quiero meter en ese terreno, siempre difícil, del final de la vida, pero esto es algo que han estudiado mucho países más ricos que nosotros Hay estudios de ese tipo que se refieren a EE.UU., a Francia, al Reino Unido y en todos ellos han llegado al mismo convencimiento: los mayores utilizan sin duda mas los servicios que los jóvenes, pero sus patologías son crónicas, no son agudas, y necesitan más atención personal. Pero no necesariamente mas tecnología. Antes llamé la atención sobre el peso creciente de los consumos intermedios y el peso decreciente del coste de personal sobre el conjunto del gasto sanitario en todas las CC.AA. Este

es un hecho que se ha producido antes en los demás países desarrollados y la interpretación es el cambio de la práctica clínica, siempre en favor del uso creciente de tecnologías de diagnóstico y tratamientos novedosos. Esto sucede también con los tratamientos farmacológicos, con coste muy alto y a veces sin discriminar entre personas que tienen enfermedades agudas y las que tienen enfermedades crónicas.

Lo que se está demostrando es que en el aumento del gasto, además del envejecimiento, influye la práctica clínica que se usa de manera indiscriminada entre maduros y jóvenes y tiene siempre como referencia la patología aguda. Esto no es solo resultado de la presión de los fabricantes de innovaciones tecnológicas y de la comodidad de los médicos. Es algo que se ha instalado en todas las sociedades desarrolladas y en España también y forma parte ya de las preferencias y las demandas de los pacientes. Los que tenemos cierta edad, somos de otra generación y ya estamos un poco de vuelta de estos temas. Cuando vamos al médico lo que buscamos, es un médico generalista de los de antes, con una formación amplia que tenga tiempo y que no empiece por escribir las pruebas que uno se tiene que hacer cuando uno en realidad, ya está muy mareado de pruebas. Me estoy metiendo en un terreno muy proceloso y quizá incluso les estoy confundiendo, pero dentro de poco aparecerá un estudio que ha financiado la Fundación PFIZER, de la que soy Patrono, que proyectando datos de una CC.AA al conjunto de las 17 llega a la misma conclusión: el envejecimiento por si solo no impulsa tanto el aumento del gasto sanitario como la forma de entender la práctica clínica, más basada en el uso de tecnología que en la habilidad clínica-médica. Esto es también resultado de un conjunto de decisiones políticas: ¿cuantos consejeros se han hecho fotos al lado del último modelo de PET en los últimos años? Por tanto hay una cadena de decisiones políticas, de decisiones e inercias profesionales y también de demandas sociales. Hay una interpretación optimista y es que el gasto sanitario, si lo sabemos manejar, no tiene que crecer inexorablemente acompañando al envejecimiento. Fuera de nuestro país esto es uno de los principales temas de debate y pienso que supone un alivio sobre el futuro del sistema sanitario.

Por cierto, llama un poco la atención que estos estudios los realicen fundaciones privadas y no el Ministerio de Sanidad o las CC.AA. Aquí donde se echa un poco de menos la coordinación entre CC.AA para reflexionar conjuntamente, estudiar los datos y ver por donde hay salidas.

Todas sufren los excesos de demanda por parte de la población y excesos de práctica clínica que solo pueden ser abordadas con una respuesta coordinada.

No creo que una CC.AA aislada, Asturias por ejemplo, pueda tomar decisiones en este terreno. Ni Cataluña o Madrid. El coste político muy alto y el coste de equivocarse también. Por eso debería hacerse un esfuerzo para coordinar una posición común ante problemas de comprensión no tan fácil. Lo estamos viendo con el problema de la falta de médicos. Sabíamos desde hace 20 años que a partir del 2010 se iban a jubilar una buena parte de los jefes de servicio y de los jefes de sección de los grandes hospitales. Sin embargo, ahora estamos hablando de un problema que algunos consideran angustioso. No voy a negar, naturalmente, que hay problemas muy serios en algunas especialidades y por supuesto que no hay una distribución territorialmente idónea de los especialistas. Hay muchos problemas en ese sentido, pero todavía estamos en la media de la OCDE en número de médicos por 1000 habitantes, estamos en 3,3 por mil y sistemas sanitarios muy desarrollados como el inglés está en el 2,8. Hay que darse prisa teniendo en cuenta que se van a jubilar muchos médicos, pero no puedo entender que prácticamente sin debate, estemos forzando la homologación de títulos de médicos extranjeros a veces de formación menos exigente que nuestro MIR o que ahora haya polémica porque se quieren ampliar las competencias de la enfermería, ayudando en la prescripción de las enfermedades crónicas y colaborando más en el control de los pacientes. Es imposible que no se aumenten las competencias de la enfermería si se quiere abordar eficazmente el problema de las enfermedades crónicas y del envejecimiento.

Hay problemas que solo se pueden abordar si hay un discurso común por parte de las CC.AA, por supuesto que coordinadas con el Ministerio de Sanidad. A estas alturas, después de 30 años de universalización, no se entiende bien que nadie haya sido capaz de afrontar con seriedad excesos que son evidentes, de los cuales venimos hablando desde hace ya casi 20 años, como la utilización indebida de las urgencias hospitalarias. Por cierto, problema que no era solo de España. Italia lo tenía y lo ha ido moderando en los últimos años, tomando prudentes medidas de copago, unidas al refuerzo de otro tipo de atención de urgencia y a una concienciación de los ciudadanos. Algo así no lo pueden hacer las CC.AA si no es conjuntamente.

Imaginemos un copago de urgencias hospitalarias no justificadas en Cataluña, en Madrid, en Asturias o en Andalucía. Al consejero correspondiente lo crucificarían. Una medida así tiene que formar parte de una acción coordinada y explicada por todos.

En actuar sobre la demanda, moderar los excesos, racionalizar las prácticas clínicas, eliminar tendencias de gasto no necesario, estamos de acuerdo todo. Estamos aburridos de discutir sobre los copagos moderadores. Es un mecanismo que utilizan todos los países europeos y el Presidente Montilla se refería a ello hace dos días. Cada vez estamos más cerca de afrontarlo sin hipocresía, pero no encontramos nunca el momento políticamente propicio de implementarlo. Nuestro ambiente político es muy cortoplacista y bastante hipócrita y este es el mejor ejemplo de ello.

Los copagos no son una panacea y lo digo yo que los he defendido desde que fui titular de Sanidad. No son una panacea, tienen que formar parte de un arsenal de medidas pero, desde luego, son preferibles a las listas de espera, que son un sistema de racionamiento que los ciudadanos aceptan, probablemente por inercia.

Hay que romper el círculo vicioso que se ha ido creando en España, que consiste en que los ciudadanos no quieren pagar mas impuestos, ni tickets moderadores y aceptan las listas de espera y las incomodidades, aunque protesten y que las autoridades, para no ser impopulares, renuncian a imponer nuevas cargas bien sea con impuestos, copagos, tasas o lo que sea, aunque son muy conscientes de que hay deficiencias y que las listas de espera en algunos momentos ya no son justificables. Hay que romper ese nefasto consenso y hay que decir la verdad a los ciudadanos. Por eso debe intentarse, desde las CC.AA, cambiar la mentalidad de los ciudadanos, que en el fondo son muy conscientes de la situación. Si las Comunidades y el Ministerio de Sanidad actúan y lo explican de manera racional los ciudadanos lo entenderán.

La primera vez que en España se intentó hacer un enfoque coordinado de este problema, abiertamente y de cara a los ciudadanos, con luz y televisiones, fue cuando el Presidente Zapatero en un empeño personal, que por cierto no lo tuvieron ni el Presidente Aznar ni el Presidente González, convocó una Conferencia de Presidentes para hablar solo de sanidad en septiembre del 2005. La reacción del Partido Popular fue incomprensible por su frivolidad. “Dinerillos”, dijo Rajoy; “Chantaje” dijo Zaplana, -nada menos que Zaplana-. La Presidenta Aguirre, siempre

más castiza dijo “a caballo regalado no le mires el diente”. No se aprovechó la oportunidad de tomar la palabra al Presidente: “le comprometemos a usted para que cada dos años vengamos aquí y estudiemos este problema, porque nos afecta a todos “. Esa hubiera sido la reacción normal, pero dejó pasar la oportunidad.

Aun así, tuvo resultados positivos que fueron los nuevos fondos que han abierto espitas de financiación matizada, según cada CC.AA y de consideración de temas que no se habían tenido en cuenta, como el fondo de asistencia a extranjeros residentes, que afecta a Comunidades como Valencia y Andalucía, sin que nadie les compensara. Ahora hay un fondo que dota el Estado que a su vez lo reclama al país de origen de los extranjeros. También el fondo de accidentes laborales no cubierto por mutuas, que en algunas CC.AA muy industrializadas era un problema. O el fondo anual de garantía para que ninguna CC.AA pierda financiación aunque cambien los criterios.

Entiendo que se han hecho cosas desde la Conferencia de Presidentes que han estado bien, como el plan de calidad del SNS que está llevando a que haya protocolos comunes en las enfermedades, utilizando algunos fondos adicionales. No es mucho, pero para el plan de calidad se han puesto 1.700 millones de euros, que es respetable. Sobre todo, la Conferencia de Presidentes ha puesto en marcha un mejor conocimiento del gasto del sector y de su eficiencia. Lo han tenido que hacer los de Hacienda, que llama un poco la atención, con las CC.AA. Han diseccionado el gasto y le han puesto a las CC.AA en las manos un instrumento para que puedan verse comparándose con la de al lado y esto era imposible hasta ahora.

En mi opinión, hubo un pequeño fallo en la Conferencia de Presidentes, que fue no involucrar más al Ministerio de Sanidad y al Consejo Interterritorial. El Consejo tenía que haber estado presente, con una formula de representación, en las comisiones que prepararon la conferencia. Sin el Consejo es difícil que las CC.AA puedan actuar. Por eso empieza a haber una cierta tendencia para ver como hacer más operativo el Consejo y que incluso sus decisiones puedan ser vinculantes. Algunos consejeros lo han dicho ya en público, pero es complicado de materializar porque el peso en el Consejo de cada CC.AA tiene que estar en relación con su población corregida, como ya sucede en la Ley Electoral. De hecho, el problema no es solo del Consejo Interterritorial del SNS, es también de educación, de medioambiente y de otras áreas.

No pienso que haya que esperar a la reforma del Senado que debería abordar la representación territorial en los órganos constitucionales. Creo que se pueda ir adelantando actualizando el peso corregido en órganos interterritoriales sectoriales porque es urgente. Empieza a haber una petición ya bastante repetida, incluso por comunidades como Cataluña que ha sido muy reacia a estos Consejos hasta hace muy poco; hay un cambio notable en el discurso.

Voy a terminar con una reflexión que normalmente no se hace. Cada vez me disgusta más ver analizado el SNS solo como un gran consumidor de recursos financieros del Estado y de las CC.AA. El SNS es un grandísimo activo institucional y social de todos los españoles y es también una fuente de oportunidades y no me estoy refiriendo a esa cosa repetida, que mencioné de pasada, del yacimiento de empleo. En el SNS se pone mucho dinero, se está poniendo el 8 y pico del PIB y el 35% del presupuesto de las Comunidades y esto tiene que servir para mejorar el aparato productivo e industrial español. Ahora el Ministerio de Sanidad empieza a tenerlo más claro precisamente porque está liberado del día a día de la gestión y comienza a tener un discurso en este aspecto. Siempre hubo una excepción en la utilización del SNS como motor industrial, que fue la industria farmacéutica. Desde tiempos inmemoriales el Ministerio de Sanidad procuró que a cambio de garantizar un consumo estable y con pagos además bastante regulares de los medicamentos, hubiera a cambio una presencia de las grandes multinacionales en nuestro país y gracias a eso tenemos un tejido farmacéutico industrial bastante aceptable y que va incluso más allá, hasta los ensayos clínicos que mejoran la habilidad de los profesionales y les hace estar en las redes de conocimiento. Lamentablemente, no se aprovechó claramente para estimular la fusión de los laboratorios españoles, que estaban muy concentrados en Cataluña y eso nos hizo perder una gran oportunidad. En cualquier caso, ese mecanismo ha funcionado y hay que extenderlo a otros campos de la industria española.

Ligado a ese sector, se está abriendo ahora un campo también prometedor en el que hay profesionales de mucho nivel en nuestro país, que es el campo de las terapias génicas y celulares y en el que el Ministerio de Innovación está participando. No sé hasta dónde podemos llegar en este terreno pero probablemente podamos entrar en las redes internacionales y

seguramente ahí tenemos un camino bastante prometedor, ¿Qué vaya a crear mucho empleo? Lo dudo, pero hay que estar.

Hay otro terreno en el que no hemos sido hábiles, que es el de las tecnologías de la información. Algo se está haciendo en el Ministerio de Sanidad y Consumo para transformar el enorme esfuerzo y gasto que están haciendo las CC.AA y la experiencia que empiezan a tener en historia clínica digital, en receta electrónica, en sistemas de gestión digitalizada, para potenciar productos exportables de empresas españolas. Pero todavía es poco y se ha iniciado tarde. Está bien que haya CC.AA, Cataluña, Castilla La Mancha y Andalucía, que con el Ministerio, estén desarrollando un proyecto de generalización de la historia clínica entre los ciudadanos de la Unión, para ofrecer a la UE. Espero que llegue a buen término, pero pienso que hubiera sido más fácil que las 17 CC.AA hace cuatro o cinco años se hubieran puesto de acuerdo en una historia clínica común y se hubiera encargado a un grupo de empresas españolas. Tendríamos un producto potente, contrastado y con buenas referencias para exportar. No se ha hecho y lo mismo ocurre con la tarjeta sanitaria; hay tarjetas diferentes, en cada CC.AA han hecho la suya, con empresas en muchos casos no españolas o no implantadas en España. Ahora para garantizar la interoperabilidad se está desarrollando un sistema en el Ministerio de Sanidad, que cuesta 150 millones de Euros, para hacer que las tarjetas, las recetas electrónicas y las historias clínicas sean compatibles. Es una buena iniciativa, el proyecto se llama Sanidad en Línea, pero de momento según lo que he leído en los documentos del Ministerio, solo hay 10 CC.AA incorporadas. Las otras 7 se van a incorporar pronto, pero eso significa que hemos avanzado de forma muy dispersa y que ahora estamos tratando de poner orden. Se ha perdido una ocasión de potenciar nuestra industria más moderna y convertir al SNS en una palanca de desarrollo de nuestra industria digital.

Como ustedes saben, solo nueve CC.AA han concluido la implantación de la historia clínica digital, ocho la receta electrónica y cinco la cita electrónica. Supongo que el resto de las CC.AA estarán hablando con las que ya lo han hecho para implantar el mismo sistema, para no repetir el esfuerzo y que además lo estarán haciendo con empresas implantadas en España y no pretenderán traer alguna empresa de fuera. Creo eso está cambiando, aunque no estoy seguro; de lo que estoy seguro que hay mucha confusión en los sistemas de gestión hospitalaria. Tenemos experiencia de

hace muchos años con utilización de sistemas más bien importados de alguna gran multinacional que no es precisamente europea, pero eso ha sido así históricamente en nuestro sistema sanitario. Los suministradores han sido básicamente empresas americanas y no se ha utilizado la gran capacidad de compra de los grandes hospitales españoles para generar soluciones informáticas españolas con empresas españolas y con patentes españolas.

Ahora tenemos una ocasión que es el Plan Avanza, del Ministerio de Industria. Este Plan ha hecho una labor meritoria en los últimos dos años, financiando ordenadores, periféricos, infraestructuras digitales, etc. No he visto que ese poder de subvencionar y financiar se esté usando para condicionar a las CC.AA para que utilicen sistemas con patentes españolas que se puedan exportar desde aquí.

Hay elementos positivos que se consolidan pueden acabar con muchas de estas faltas de coordinación que había hasta ahora. Hay una iniciativa que estamos obligados a que salga bien, que es el Pacto por la Sanidad que intenta el Ministerio con las CC.AA siguiendo el método del Pacto de Toledo para las pensiones.

Es un buen intento desde abajo, una vez que no tuvo éxito el intento desde arriba de la Conferencia de Presidentes. Si el Pacto por la Sanidad se lleva a cabo la Conferencia de Presidentes podrá retomarse. De hecho el Ministerio de Hacienda no la ha abandonado, porque el grupo de análisis del gasto sanitario se autodenomina grupo de trabajo de la Conferencia de Presidentes para análisis del gasto sanitario. La posibilidad de retomar la Conferencia de Presidentes sigue viva, pero para que tenga éxito en una próxima convocatoria tendría que funcionar bien el Pacto por la Sanidad. Las CC.AA deberían dar ánimos al Ministerio para que impulsara más dinámicamente el contenido del Pacto, que beneficiaría a las Comunidades, aunque sus resultados no fuesen a corto. Abriría una fórmula para que las Comunidades pudiesen tomar decisiones conjuntas y llevar a cabo decisiones y actuaciones que son casi imposibles aisladamente, una a una. Estoy pensando en esa moderación de la demanda ciudadana y esa racionalización de la práctica clínica que antes mencioné, que ahora se hacen más necesarias por la crisis fiscal y económica.

Quiero terminar solamente diciendo que lo mejor que podemos hacer con respecto al sistema sanitario es seguir el sabio consejo del gran líder socialdemócrata Olof Palme cuando nos decía a principio de los años

ochenta: “para que el Estado de Bienestar funcione no hay que sobrecargarlo demasiado”. Debemos intentar que a partir de ahora, midamos mucho las cargas adicionales que ponemos sobre el SNS, protegerlo, que bajo ningún concepto no pueda entrar en crisis, porque es un gran activo social y un gran instrumento de cohesión social, que tienen muy pocos países en el mundo.

Espero que las reflexiones de los que como yo no tenemos responsabilidades, ayude a los Consejeros de Sanidad y al Ministerio a difundir entre los ciudadanos que la racionalización del funcionamiento del SNS y que ciertas medidas pendientes, que no pueden no ser populares, a largo plazo son absolutamente necesarias y protegerían al sistema de crisis traumáticas.

Muchísimas gracias por su atención.

SEGUNDO SIMPOSIUM
LA GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

“SANIDADES AUTONÓMICAS: ¿SOLUCIÓN O PROBLEMA?”

JUAN DEL LLANO
Director de la Fundación Gaspar Casal

13 DE MARZO DE 2009

CONFERENCIA

Buenas tardes, gracias por venir a esta presentación, un viernes a las 7 de la tarde, con el día tan magnífico que hace en esta ciudad tan bella.

Quería en primer lugar agradecer, como no, a Juan Luis y a Martín la amable invitación que me permite presentar el libro que hace dos semanas presentamos en Madrid auspiciado por el Circulo de la Sanidad.

Cuando hace aproximadamente 18 meses me hicieron la petición, pues la verdad es que les pedí 48 horas, voy a ser sincero, porque me parecía bastante atrevido contestar a la pregunta, el impacto que ha tenido la descentralización sanitaria sobre la salud de la población.

En primer lugar porque diez CC.AA estrenaron autogobierno en el año 2002 y yo empecé a escribir este texto a finales del 2006, por lo tanto había transcurrido poco tiempo, para hacer una correcta evaluación del impacto, para que las medidas que cada gobierno de cada CC.AA ha ido tomando se pueda valorar si han impactado en mortalidad y en morbilidad.

Finalmente dije que sí, porque me parecía un reto y un desafío y lo que he procurado hacer es armarlo bien, en el sentido de tocar todos los temas que se pueden tocar, desde el punto de vista de darles una base lo más sólida posible a través del uso y el manejo de fuentes de datos públicas a todas las que he tenido acceso, fundamentalmente las que provienen del Instituto Nacional de Estadística, el Centro de Investigaciones Sociológicas y el Ministerio de Sanidad. También he procurado documentarme en aspectos que tienen que ver con la coordinación y con la satisfacción de los usuarios, para tener una visión razonablemente holística del tema para luego acabar con una especie de decálogo o de hoja de ruta de recomendaciones que a la luz de la evidencia, sería sensato que los decisores valoren su puesta en práctica. Si les parece voy a comentarles lo que me ha parecido principal dentro del texto que hoy presento: “Sanidades Autonómicas: ¿solución o problema?”

El reto autonómico supuso hace años una apuesta y un camino lleno de ilusiones y de dificultades que quienes tuvimos la oportunidad de ser testigos directos de sus inicios afrontamos con la convicción de que se trataba de una oportunidad única para mejorar la calidad y la eficiencia del SNS, que adolecía de grandes deficiencias y debilidades y cuya estabilidad, sostenibilidad y perdurabilidad, estaban en el aire, hemos dejado atrás unos cuantos años, probablemente pocos, para hacer una retrospectiva con fines de evaluación crítica, pero seguramente suficientes para identificar las líneas de tendencia y corregir o incidir en aquellos aspectos que se presentan más borrosos. Quiénes creíamos firmemente que la sanidad debía gestionarse mas cerca de los ciudadanos que la iban a disfrutar, lo hicimos convencidos de que los grandes problemas que afectaban al gigante sanitario estatal, se podrían paliar cuando no solucionar de la mano del desarrollo del modelo autonómico. Pues bien en los 14 años de trabajo en la Fundación Gaspar Casal, que me honro en dirigir, analizando, investigando todas las caras del SNS, a través de multitud de proyectos de muy diversa índole y con interesantes compañeros de camino, nos han permitido pulsar de una forma creo que bastante privilegiada, como estos cambios y transformaciones iban construyendo sendas de dirección sobre las que asentar mejoras.

Proyectos, hemos hecho unos cuantos, pero lo que si que siempre hemos tenido como brújula, es la óptica de la transparencia y de la independencia en todos los trabajos y en todos los desafíos y retos en los

que nos hemos metido. Seguramente la justificación del desarrollo autonómico se abordó, o la abordamos todos a partir de la Constitución Española del año 1.978 porque perseguíamos una reforma que no generara tensiones. Franco había muerto hacía tres años. La apuesta de pasar de puntillas sobre una historia reciente, que me atrevería a decir que seguramente nos avergonzaba a muchos y los resultados políticos a día de hoy, podemos decir que no son del todo optimistas ni óptimos. Algunos hablan de España como una idea como el profesor Subirós y otros como una realidad histórica, cultural, lingüística y de civilización de primera magnitud, como el que fue Presidente de la Generalitat, Jordi Pujol. 30 años después seguimos teniendo un país, me atrevería a decir, como la película, “En Construcción” pendiente de definir si su arquitectura definitiva es o no federal, las muchas incertidumbres sobre la definición de ventajas y desventajas del modelo de descentralización completa de la mayoría de los servicios públicos. Podemos afirmar que los resultados no se han alcanzado plenamente y consiguientemente la pregunta pertinente es si debemos sentarnos a hablar todos para replantearnos este camino o cuando menos identificar puntos de mejora libres de prejuicios sin posicionamientos previos radicales pero también sin descartar a priori ninguna posibilidad. En general solemos ser bastante reacios los que trabajamos en el mundo de la sanidad a beber de otras disciplinas que pueden aportar luz y nuevas opciones a diferentes debates en los diferentes planos de la gestión. Por ejemplo hay desarrollos de la teoría de clubs y sus aplicaciones en el campo de la Hacienda Pública, para la determinación óptima del tamaño de las comunidades de gestión que podría ser una excelente herramienta para entrar en un debate profundo sobre como mejorar la eficiencia de las organizaciones públicas. Las rigideces y los problemas de ineficiencia que tienen son abordables. También tendríamos que ser serios y valorar si realmente es necesario contar con entes evaluadores en cada autonomía y no disponer, sin embargo, de estudios comparativos que posibiliten la evaluación por comparación y una competencia sana entre administraciones.

Las sanidades autonómicas no deben por tanto suponer compartimentos estancos y por ende no todos los aspectos principales y colaterales de la atención sanitaria deben estar en manos de las autonomías, al menos no desde la óptica científica ni académica, la calidad y la evaluación tiene sentido que sean medidas desde poderosas agencias

independientes, mas centralizadas que descentralizadas como en muchos países de nuestro entorno especialmente los anglosajones, que recuperen la batuta en estas dos grandes dimensiones de la estructura del SNS, la calidad y la información sanitaria. Como corolario a esta breve introducción me gustaría decir, que hoy que los ánimos posiblemente están más calmados y atemperados en gran parte por la crisis económica enorme que tenemos, pues puede ser, por que no, un momento, me atrevería a decir, bastante bueno para abordar estos temas que están en boca de todos en los pasillos y en boca de nadie en las mesas de negociación. Confío en que el carácter positivo y firmemente comprometido de quienes hemos dedicado gran parte de nuestra vida a este sector sea el mejor aval para un debate serio y sostenido que desde luego desde nuestra fundación estamos deseosos de participar.

“Sanidades Autonómicas: ¿solución o problema?”, abarca la descripción y valoración retrospectiva de la nueva realidad administrativa sanitaria centrándose en aspectos tales como la salud de la población, el gasto, la oferta y la demanda de servicios, las carteras de prestaciones, el uso que se hace de ellas, los aspectos de coordinación y satisfacción de los usuarios con el SNS, etc. Adelanto que se detectan más luces que sombras y lo que se ha querido estudiar con la máxima objetividad como está funcionando nuestro SNS, valorar el efecto de la descentralización sobre la salud y los servicios sanitarios, su funcionamiento en las CC.AA y siempre que hemos podido hemos incluido las dos ciudades autónomas también de Ceuta y Melilla. Este ha sido el empeño del trabajo y lo que si que apunta el texto son lecciones aprendidas y sugerencias de mejora, en sus casi 300 páginas. No sólo efectúa una panorámica de la descentralización sanitaria en España, también plasma lo que sería el estado de la Salud Pública de las CC.AA, se han hecho mapas, sencillos y muy visuales para que cualquier lector los pueda entender. No nos hemos metido en sesudos análisis estadísticos, hemos reseñado los datos de la forma más sencilla para que cualquier persona que se acerque a este tema sin demasiado conocimiento lo pueda entender. También se revisan los pilares de coordinación del SNS con los 19 Servicios Regionales de Salud y se actualizan los datos sobre utilización de servicios sanitarios en las CC.AA y la satisfacción de los usuarios. Así mismo sintetiza que separa y que une a los sistemas sanitarios autonómicos. Y finalmente plantea una hoja de ruta y un necesario decálogo de recomendaciones prácticas, que son las que al final detallaré.

En el libro se evalúan los resultados mediante la consideración de las soluciones y ventajas que ha podido aportar y de los problemas que todavía están pendientes de resolver o que incluso en algunos casos, que se señalan, se han podido crear y que antes no existían. Lo importante a partir de aquí, es que los gestores responsables introduzcan aquellas medidas correctoras que sirvan para minimizar lo que en ocasiones son inevitables defectos del sistema y potenciar al máximo sus innegables virtudes.

El principal problema de las sanidades autonómicas se deriva de su difícil cohesión que genera o puede generar desigualdades. Si se acentúan los incipientes hallazgos en salud diferenciales en las distintas CC.AA, que radican más en determinantes extra-sanitarios, pero también en el ámbito de la financiación, de la gestión del personal o de la calidad exigida a las prestaciones, será alta la probabilidad de que se afecte de una forma negativa al sistema sanitario en su conjunto y a los servicios que lo integran y también a la equidad, por eso es preciso que estas cuestiones se aborden públicamente y que los medios de comunicación social ayuden a trasladarlas al gran público. Este asunto me parece enormemente importante porque sin el apoyo de los medios de comunicación, difícilmente esta problemática va a impregnar a la ciudadanía y ésta tiene que formar parte de las soluciones, sin lugar a dudas.

Uno de los primeros hallazgos que se subrayan en este libro, es el fuerte crecimiento que ha tenido la población española, en el periodo 2002-2008 hemos crecido un 10,54% esto significa más de 4 millones de habitantes. Las Islas Baleares, la región de Murcia y la Comunidad Valenciana son las CC.AA que presentan un mayor ritmo medio de crecimiento durante el periodo estudiado. Las encuestas nacionales de salud señalan de manera consistente que 2 de cada 3 españoles perciben su salud como buena o muy buena, aunque las dos últimas 2003-2006 se acusa un leve descenso, pasando del 71 al 69%.

La mejora de la calidad asistencial y de las instalaciones y equipamientos ha sido espectacular en las comunidades que tenían menor dotación sanitaria inicial, en el momento del traspaso, 2002, y el ejemplo sería Extremadura, Castilla León, Castilla La Mancha o Galicia y en general todas las comarcas y las zonas alejadas de los centros urbanos, la dotación y el equipamiento ha mejorado extraordinariamente en estos años. Respecto al gasto y a las posibles desigualdades en oferta y demanda de los distintos servicios regionales de salud, se observan importantes diferencias en cuanto

al gasto público sanitario, siendo Cataluña y la Comunidad de Madrid las que experimentan los mayores aumentos. En cuanto a médicos totales en activo en Atención Primaria y en Atención Especializada, destaca la franja noroeste con tasas por encima de la media, mientras CC.AA claramente desfavorecidas son las dos insulares y la Comunidad Valenciana. Desde enero de 2002 mejoran mucho las infraestructuras en la totalidad de las CC.AA y esto, qué duda cabe contribuye a que se dispare la demanda. La frecuentación al médico al menos una vez en el plazo de 10 meses es muy elevada en todas las CC.AA especialmente Galicia, el Principado de Asturias, Castilla León, Cataluña, Extremadura, Canarias y País Vasco. Los asturianos son los mas satisfechos con el funcionamiento del Sistema Sanitario, las tasas de satisfacción en el periodo estudiado de 2003 a 2007 aumentan en el Principado de Asturias pero también en Aragón, Cataluña, Cantabria, Comunidad de Madrid, Islas Baleares y Andalucía y sin embargo en el resto de comunidades disminuye.

Uno de los temas claves del estudio ha sido analizar si el ciudadano percibe que recibe un servicio mejor al ser gestionado desde la CC.AA y no como se hacia antes desde la Administración Central del Estado. La media nacional disminuye entre el 2003 y el 2007; en comunidades como Cataluña la media empeora, también se aprecia una posición menos favorable entre los aragoneses y los castellano leoneses, las poblaciones que tienden a estar más de acuerdo con esta aseveración, de que reciben un mejor servicio desde que lo gestiona su propia CC.AA, son País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra. En prácticamente todas las CC.AA el porcentaje de personas que piensan que estas deberían ponerse de acuerdo entre ellas a la hora de ofrecer nuevos servicios a los ciudadanos sube con la excepción de Extremadura y la Región de Murcia, sin embargo, quedan bastante por debajo de la media española de nuevo País Vasco y Comunidad Foral de Navarra. En cuanto a si existe equidad en la dispensación de los servicios sanitarios con independencia de la comunidad de residencia responden afirmativamente los ciudadanos del Principado de Asturias, de la Rioja, de Andalucía y de Canarias. Pensamos que el actual ciclo económico adverso debería fomentar el empuje de las estrategias de cooperación entre las CC.AA y el Estado, probablemente la crisis económica lleve a moderar las demandas de financiación en consonancia con la menor recaudación de tributos tanto directos como indirectos que estamos sufriendo los últimos meses. Otros aspectos que la

descentralización ha provocado en ocasiones, es la duplicación de órganos de gestión o que el proceso de descentralización también ha dificultado el establecimiento de nuevos centros sanitarios de referencia supra comunitaria. Del mismo modo avisamos que si no hubiera reformas y consensos con aspectos que tuvieran claro el liderazgo central podría llegar a producirse y también lo apunta Juan Luis en su libro del año anterior “Integración o desmoronamiento, crisis y alternativa del Sistema Nacional de Salud” una cierta desestructuración del SNS tal y como lo conocemos, es decir como un conjunto integrado por 19 servicios de salud. Aconsejamos pues que España emule funcionamientos foráneos de estructuras políticas similares de países muy descentralizados como Suiza, Alemania y Canadá. También se debería aprender de los países escandinavos, por ejemplo a conciliar como ellos hacen y bien y con magnifico resultados, equidad y eficiencia en la provisión de los servicios sanitarios públicos.

Que duda cabe que este problema (tengo aquí un artículo de hace una semana del BMJ sobre un análisis del impacto de la descentralización en el Reino Unido y la divergencia que se está empezando a producir en el gasto que se dedica a la salud entre Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte, y las formas en las cuales cada parte del Reino Unido lo está tratando), es un tema que realmente preocupa en países que se han dotado de modelos de organización política con una fuerte descentralización y tiene que ser, como también apuntaba en la introducción Juan Luis, motivo de estudio este aspecto porque es importante y finalmente lo que voy a hacer es pasar a presentar los puntos de mejora y las recomendaciones en forma de decálogo.

En primer lugar habría que desarrollar la Ley de cohesión y calidad del SNS para conferir un carácter más ejecutivo al Consejo Interterritorial y permitir que sus decisiones se puedan tomar por mayoría simple.

En segundo lugar habría que reformar y de esto sabe mucho Juan Luis, la Ley General de la Seguridad Social, desligando definitivamente la cobertura asistencial sanitaria de los ciudadanos españoles de su registro en el Sistema de la Seguridad Social, esto supone actualmente que más de medio millón de ciudadanos en España carezcan de tarjeta sanitaria y sin embargo todo el que entra en nuestro país lo primero que se le da es una tarjeta sanitaria y esto obviamente incumple un derecho esencial que es el de acceso universal, posiblemente, lo apunta Juan Luis en su libro, que es un tema interesante y sobre el que seguramente hasta se podría elaborar una

tesis doctoral, es que nosotros tenemos, lo llamamos SNS pero realmente hemos construido este sistema emulando y copiando otros sistemas de corte modelo nacional de salud, pero sobre una base de seguro obligatorio de enfermedad y aseguramiento sanitario más tipo Bismarck que tipo Beveridge. Quizá esta problemática que todavía coletea, se pueda explicar en parte porque hemos montado una casa sobre otra que ya existía y quizá deshacer la otra bien y preparar bien los pilares, hubiera sido preciso.

La tercera recomendación sería disponer a nivel estatal de una política estratégica integrada de Salud Pública y de Sistemas de Información Sanitaria, me sonroja un poco decirlo, pero es de perogrullo, es además un clamor que lo escuchas hasta en responsables gestores de las CC.AA les gustaría que hubiese una potente agencia que dotara de información sanitaria a todo el Sistema en su conjunto y para esto se podría generar seguramente una red de cooperación que incluyera todos los aspectos de salud y de desarrollo sostenible, una posible solución sería lo que apunta el Ministro Soria, un pacto de la Sanidad consensuado con todos los partidos políticos y el resto de los agentes del sistema y otra alternativa quizá pueda ser como también apuntan ilustres analistas como Freire, Repullo, etc, un fondo de igualdad del SNS creado a partir de recursos fiscales de marcado carácter finalista y que además estos fondos se destinen en exclusiva a corregir desigualdades frente a los principales causantes de la morbilidad y mortalidad en España.

La cuarta recomendación sería reivindicar y aquí lo siento pero hay un sesgo además muy personal, la importancia de la métrica. Resulta crítico el fomento de la cultura organizativa de transparencia y de rendición de cuentas, así como la apertura a la participación ciudadana en muchas decisiones.

La quinta recomendación sería asegurar una equivalencia global de las prestaciones sanitarias públicas a nivel autonómico, el sistema de financiación vigente que no liga los presupuestos sanitarios con el PIB, si no con los ingresos tributarios de las CC.AA de régimen general al Estado creará problemas por las reducciones de impuestos que estas pueden tener o bien como consecuencia de compromisos electorales o bien por la falta de crecimiento económico, que es lo que está ocurriendo como consecuencia de la crisis o por lo que ocurría hace unos años, el obligado cumplimiento del pacto de estabilidad presupuestario de la Unión Europea (UE), las CC.AA empiezan a plantear medidas de control del gasto sanitario que en

estos momentos se están generalizando en toda Europa como consecuencia de este menor crecimiento económico, además la negociación del Gobierno sobre la financiación de las CC.AA y esto ya lo apunta con gran lucidez Juan Luis en su libro, deberá conciliar los contenidos de los Estatutos de Autonomía ya aprobados, lo cual hace todavía mucho más complejo el tema. Lo ideal sería que se facilitaran acuerdos estables en el tiempo y añadiría que se premiaran comportamientos eficientes, yo creo que esto de para todos lo mismo, de la misma manera lo hagas bien, mal o regular, no parece que sea el camino mejor y se deben de premiar los comportamientos eficientes y la evaluación por comparación y la sana competencia, porque no, si en el mercado compiten las empresas en el sector público también pueden competir las administraciones.

Sexta recomendación traspasar recursos de la atención hospitalaria, esto no es nada original, a los menos gravosos y en muchos casos más satisfactorios servicios sociales comunitarios y domiciliarios en especial en lo que afecta a la atención a los mayores y los discapacitados. El momento es absolutamente oportuno y óptimo. El manejo de la dependencia y el cuarto famoso pilar del estado del bienestar, permitiría hacerlo bien si se coordinara Sanidad y Servicios Sociales y se dejaran un poco al lado protagonismos y se preocupara uno por ubicar a la persona con discapacidad en el mejor sitio para darle el mejor servicio.

En séptimo lugar, trasladar lo que es lo fundamental de la investigación de resultados en salud y de la evaluación comparativa de las prestaciones sanitarias a los profesionales que hacen clínica, porque de alguna manera les va a ayudar a entender muchísimo mejor su trabajo y la importancia que tiene el entorno y la organización donde trabajan. Creo que los que nos dedicamos a esto tenemos que hacer un esfuerzo de pedagogía que a veces no lo hacemos y tendríamos que moderar la jerga y a ser un poco más próximo y más cercano a la persona que tiene la sartén por el mango que es el profesional clínico.

La octava recomendación sería priorizar de forma más explícita, lo decíamos ya en todo para todos y gratis. Nos atreveríamos a sugerir una implicación más activa de los padres de la patria que votamos cada 4 años, con la intervención de las comisiones de sanidad tanto del Congreso como del Senado (reformado) como a los parlamentos regionales. Tendríamos que transitar de una priorización implícita que es la que existe y que la lleva el profesional a sus espaldas y la hace todos los días cuando prepara el parte

de quirófano por ejemplo. Los parlamentarios tendrían que mojarse un poquito y contar con expertos para que asesoren, por ejemplo en evitar diferencias en las líneas que se dan en los tratamientos de quimioterapia para el cáncer de mama entre CC.AA. Previamente se precisa del conocimiento de la magnitud de los principales problemas de salud pero en esto se ha avanzado y de forma importante. La Agencia de Calidad del SNS en su corta vida pero gracias a los nutridos presupuestos con los que ha contado, ha mejorado los sistemas de información y esto nos va a ayudar a conocer mejor los problemas de salud que tenemos, a conocer la vulnerabilidad que tienen, la trascendencia y la disponibilidad de recursos. Con todo ello, el político estará en mejor disposición para decidir.

La novena recomendación, ya estoy terminando, sería estudiar la relación coste-beneficio de las nuevas fórmulas de colaboración público-privada para su posterior implantación. Estamos retrasados porque muchas ya se han implantado y nadie ha hecho análisis coste-beneficio alguno, ni nadie ha demostrado si el PFI o las concesiones administrativas o los otros modelos mejoran la eficiencia. Bienvenida sea la innovación en gestión. Hay que hacer buenos trabajos de evaluación. Hay otro tema pendiente, la integración de los medios sanitarios privados con o sin ánimo de lucro dentro del SNS público. Desde hace muchos años depende de cada C.A. está fuertemente ligada a la realidad social, a la tradición y a la orientación política hegemónica en cada territorio.

Y la última recomendación sería mejorar la gobernabilidad del SNS ya que nuestro modelo intensivo en el factor trabajo a bajo coste y la discordancia entre gestión y asistencia han deteriorado de forma muy seria la estructura de incentivos a los profesionales sanitarios a pesar de las subidas salariales que han tenido en los últimos años. Los incentivos no están funcionando ni en los profesionales de atención primaria ni en los profesionales que trabajan en el ámbito hospitalario, como consecuencia el sistema presenta grandes retos de sostenibilidad acrecentados por el alto grado de rotación política de las cúpulas gestoras que supeditan la racionalidad técnica a la lógica electoralista restando estabilidad y credibilidad a las líneas de cambio estratégico en el sistema. Por último y a modo de conclusión parece que las señales de alarma iniciales acerca del riesgo que para la cohesión del SNS puede comportar el nuevo escenario surgido de las transferencias de 2002, están siendo aplacadas en gran parte, porque se están aplicando alternativas y se están buscando alternativas,

quizá de forma todavía bastante timorata, debemos evitar complacencias, hay que dar la bienvenida a todo tipo de análisis críticos constructivos y seguro que nadie impedirá que entre todos hagamos un ejercicio de plena responsabilidad con el fin de preservar los principios básicos en los que hay gran acuerdo social y esto todas las encuestas del CIS lo señalan, como son la solidaridad, la universalidad de la asistencia, la calidad asistencial y la equidad en el acceso a las prestaciones públicas.

Muchas gracias.

SEGUNDO SIMPOSIUM
LA GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

***“LA COORDINACIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD DE ESPAÑA”***

PEDRO SABANDO

Médico. Consejero del Consejo Consultivo de la Comunidad de Madrid

27 DE MARZO DE 2009

CONFERENCIA

La protección sanitaria forma parte principal de los instrumentos de cohesión social de los que se han dotado las sociedades desarrolladas y constituye -junto con los sistemas de pensiones, la protección del desempleo, los servicios educativos y los de atención a la dependencia- el núcleo fundamental del Estado de Bienestar de la mayoría de los países desarrollados.

La característica peculiar de los servicios sanitarios es que contribuyen a la disminución de las desigualdades y a la cohesión social, no mediante prestaciones económicas, sino a través de su propia función.

Además, desde un punto de vista económico, los servicios sanitarios, como otros componentes del Estado de Bienestar, constituyen un instrumento de estabilidad, mediante mecanismos distintos. Por una parte, garantiza un nivel de demanda de bienes y servicios de distinta naturaleza que están en la base del desarrollo de sectores productivos muy pujantes, y, por otra, proporciona posibilidades de empleo a amplios grupos de población cualificada.

Aunque el sistema sanitario de cada país tiene características propias, algunos aspectos comunes a todos los sistemas sanitarios descentralizados incluyen:

a) Un funcionamiento coordinado de los sistemas a nivel de Estado de modo que, aunque las autoridades de nivel regional gestionen los servicios territoriales, el conjunto de ellos funciona como un sistema integrado. Esto es la base de la universalidad y la equidad de la protección sanitaria con independencia de las desigualdades económicas y sanitarias que puedan existir entre territorios distintos de un mismo país.

b) El mantenimiento de la coordinación requiere de la intervención estatal, en especial como garantía y control de la universalidad y equidad mencionadas.

Buen ejemplo de ello es el esfuerzo del Tribunal Constitucional para hacer derivar de la solidaridad el deber de cooperación y colaboración de las Comunidades entre sí y con el Estado, así como el del Estado con ellas. (Sentencia T.C. 135/1992 de 5 de Octubre).

La coordinación como una necesidad de nuestro sistema sanitario es una consecuencia del proceso de constitución de las Comunidades Autónomas como nuevas entidades políticas con capacidad de asumir la gestión de diferentes responsabilidades de autoridad y gestión sanitarias.

Diciembre de 2001 marcó un hito en la evolución del sistema sanitario español. En ese mes tuvo lugar el cierre de los traspasos en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las 10 Comunidades Autónomas (CCAA) que todavía estaban pendientes de ellos, a la vez que supuso el cierre de un nuevo sistema de financiación autonómica general (que, en consecuencia, no incluye la del País Vasco y Navarra), aplicado desde el mes siguiente.

Este sistema, que es el que todavía se encuentra en vigor a la espera del diseño de uno nuevo, incluye entre sus características principales la de haber supuesto el fin de una financiación sanitaria específica, que desde entonces se encuentra incluida de manera indiferenciada en el sistema de financiación autonómica general citado.

En la nueva situación la gestión de la totalidad los servicios sanitarios, con la excepción de los de Ceuta y Melilla, se lleva a cabo por los gobiernos autonómicos.

Para llevar a cabo esa gestión la casi totalidad de esos gobiernos se han dotado de servicios regionales de salud. El conjunto de éstos, por su parte, constituye el denominado por la Ley General de Sanidad como “Sistema” Nacional de Salud, concepto importante; pero que puede expresar una realidad virtual.

La precisión terminológica va precisamente dirigida a aclarar que, aunque los principios que rigen el Sistema (financiación pública por impuestos generales, cobertura universal vinculada, al menos teóricamente, a la condición de ciudadanía estatal y provisión fundamental mediante recursos propios constituidos como servicio público) son los característicos de los Servicios Nacionales de Salud, su gestión se lleva a cabo de manera descentralizada por los gobiernos regionales correspondientes.

Hay que resaltar en todo caso que, con el proceso de descentralización sanitaria hacia las CCAA que ha tenido lugar, el centro de la coordinación como problema se desplazó de manera cualitativa hacia otro campo: cual es el de cómo lograr una actuación por parte de las CCAA que permita mantener las características esenciales de universalidad y equidad de la protección sanitaria.

Tengo la sensación que las CCAA han optado por abordar el ejercicio de sus competencias sanitarias no tanto como su forma de contribuir a ese fin común, sino ante todo como un instrumento más de reforzar su propia naturaleza y el poder político autónomo que ejercen en su territorio.

La cuestión adicional es que, frente a esa actitud autonómica, no ha habido una posición clara desde los gobiernos de España que pusiera el acento en el mantenimiento de las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria y en la necesidad de establecer instrumentos formales y legales para mantener el funcionamiento coordinado del sistema sanitario en su conjunto.

Llegados a esta situación debemos considerar, desde el punto de vista de la experiencia comparada algunas conclusiones importantes, que se extraen de la realidad internacional:

- En el origen de la protección sanitaria universal en diferentes países, la acumulación de riesgos y capital necesarios para permitir el acceso a la protección sanitaria a toda la población ha tenido lugar a nivel estatal y no a otros niveles subcentrales de organización.

- La implicación estatal en el establecimiento y la organización de la protección sanitaria en países descentralizados constituye un instrumento de cohesión social relevante, y sus formas concretas de cobertura y organización proporcionan un elemento principal de diferenciación nacional frente a otros Estados.

- La implicación estatal en los países de estructura sanitaria descentralizada se realiza a través de mecanismos diversos, que ponen de relieve, en todo caso, el interés del Gobierno federal o central en disponer de una política sanitaria propia, como instrumento global de cohesión.

- Entre esos mecanismos, los de carácter legal y político, incluso los establecidos en las normas constitucionales, no son en general suficientes para hacer posible el papel federal o central en el mantenimiento de las condiciones de universalidad y equidad del sistema sanitario correspondiente. Por el contrario, el factor más importante para hacer posible la garantía de esas condiciones es la implicación económica del gobierno central en el sistema de financiación, condicionando una parte del mismo al mantenimiento de las condiciones expresadas por las regiones o niveles de gobiernos que realicen la gestión de los servicios sanitarios.

- La amplitud de los servicios cubiertos bajo el sistema público de protección sanitaria es mayor en los casos en los que la universalidad de la protección sanitaria fue anterior a la descentralización de la gestión de los servicios sanitarios que en los casos en que se llegó a un acuerdo federal de universalización.

- La experiencia de diversos países sugiere que la coordinación entre servicios sanitarios de nivel regional o equivalente para hacer efectivo el mantenimiento de una protección sanitaria universal y homogénea requiere de una estructura federal o central, dotada de mecanismos adecuados, fundamentalmente de carácter económico, de intervención.

- Otro instrumento esencial para el mantenimiento de la universalidad y la equidad en sistemas sanitarios descentralizados es la existencia de un sistema de información, sin la cual es imposible mantener un grado de funcionamiento coordinado de cualquier sistema sanitario.

Las características que hemos de considerar más significativas y problemáticas del proceso de descentralización sanitaria que ha tenido lugar en España en orden al mantenimiento de las condiciones de universalidad y equidad de la protección sanitaria son las siguientes:

- Una base constitucional abigarrada.
- Un proceso sin un modelo final definido.
- Un órgano de coordinación insuficiente.

Una base constitucional “abigarrada”

La protección sanitaria no tiene un tratamiento unívoco en la Constitución española, sino que a ella hacen referencia dos títulos diferentes, el de “Sanidad e Higiene” (que se refería originalmente a la “Salud Pública”), y el de “Seguridad Social”. En este último era el ámbito en el que se encontraba incluida la asistencia sanitaria cuando se aprobó la Constitución.

Una y otras materias han seguido caminos y ritmos independientes para su descentralización, hasta completarla con el traspaso de las competencias en asistencia sanitaria a diez CCAA en diciembre de 2001, lo que ha conducido a una diversidad administrativa y asistencial generadora de disfunciones.

Un proceso sin un modelo final definido

La Ley General de Sanidad, de 1986, no estableció un diseño acabado del sistema sanitario español en condiciones de descentralización completa que tampoco subsanó la Ley de Cohesión y Calidad.

La ausencia de ese diseño incluye la falta de definición de los instrumentos y formas de coordinación en tal situación.

Ese modelo final debería haberse cerrado tras culminar las transferencias a las CCAA del artículo 147 de la Constitución Española, que corrigiera los problemas intercomunitarios y los propios de cada Comunidad derivados del largo periodo de espera pretransferencial, utilizando las recomendaciones establecidas por el Consejo de Estado en su dictamen “Sobre modificaciones de la Constitución Española”, que avala y legitima el papel que el Gobierno de España debería jugar en el Consejo Interterritorial, a partir de un principio esencial en la Constitución y ya expresado por el Tribunal Constitucional, cual es el de la solidaridad del que dimanar deberes concretos cuya observancia puede ser exigida y asegurada con los medios que el Derecho ofrece.

Dice el Consejo de Estado, en su Dictamen de 16 de febrero de 2006, sobre reforma constitucional: “En el artículo 2 de la C.E., la

solidaridad recíproca de nacionalidades y regiones aparece más bien como un principio organizativo abstracto, funcionalmente análogo a los valores consagrados en el artículo 1. Naturaleza de principio es también la que le atribuye el artículo 138, que se remite directamente al 2. Pese a esta remisión directa, ni el ámbito en el que el principio opera ni su contenido son ya los mismos en el artículo 138 que en el 2. Mientras en este último es la Constitución la que garantiza la solidaridad entre nacionalidades y regiones, el artículo 138 atribuye esta función al Estado en su acepción restringida.

Cabría, quizá, superar esta discordancia entendiendo que lo que el Estado, en sentido estricto, ha de garantizar no es la solidaridad en cuanto “principio”, sino su “realización efectiva”, y que la tarea que la Constitución encomienda a las instituciones centrales del Estado es la de fomentar los comportamientos solidarios de las Comunidades Autónomas y combatir los que no lo sean.”

Un órgano de coordinación insuficiente

El Consejo Interterritorial de Salud que funciona desde el principio de la unanimidad no es eficiente en el abordaje de las cuestiones centrales del Sistema, y su misma dinámica pone de manifiesto la perentoriedad y el reto de mejorar la cohesión del sistema sanitario español.

Máxime después de la erosión sufrida por el Consejo tras la inadecuada utilización política del mismo por populares y socialistas.

Es ineludible reforzar el papel de C.I.S, que debería abordarse modificando los artículos 70 a 72 de la Ley de Cohesión y Calidad para hacer posible la coordinación sanitaria tal como había señalado el Tribunal Constitucional en sentencia 32/1983 de 28 Abril, que dice con claridad:

“La coordinación persigue la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones y reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían, respectivamente, la realidad misma del sistema.

En ese sentido hay que entender la competencia estatal de <<coordinación general>>, a propósito de la cual conviene señalar las siguientes precisiones:

– La competencia de coordinación general presupone lógicamente que hay algo que debe ser coordinado, esto es, presupone la existencia de

competencias de las Comunidades en materia de sanidad, competencias que el Estado, al coordinarlas, debe obviamente respetar, pues nunca ni la fijación de bases ni la coordinación general deben llegar a tal grado de desarrollo que dejen vacías de contenido las correspondientes competencias de las Comunidades.

- La competencia estatal de coordinación general significa no sólo que hay que coordinar las partes o subsistemas del sistema general de sanidad, sino que esa coordinación le corresponde hacerla al Estado.

- En consecuencia, la coordinación general debe ser entendida como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario.”

A este respecto señala el Consejo de Estado en el mismo dictamen: “El Estado y las Comunidades Autónomas actúan y se relacionan de acuerdo con el principio de colaboración, implícito en la propia esencia de la forma de organización territorial del poder que se implanta en la Constitución (Sentencia del Tribunal Constitucional 18/1982, de 4 de mayo) y expresamente acogido en el ordenamiento jurídico (artículo 4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común).”

En el actual escenario, las apelaciones a que los acuerdos del Consejo Interterritorial de Salud sean de obligado cumplimiento, de ampliar sus competencias o las propuestas de delegación de funciones de las CCAA al Consejo Interterritorial de Salud para que sus decisiones sean teóricamente vinculantes, no pasarán de ser bellos enunciados, cargados de buenas intenciones, sin virtualidad alguna, ya que en la actualidad ni siquiera se cumplen las resoluciones en materias de su competencia.

Por todo ello la actual situación se caracteriza por una definición ambigua de las responsabilidades y competencias de las Administraciones central y autonómicas en relación con los servicios sanitarios. Esa definición se ha ido deslizando hacia un incremento del papel autonómico en la organización y gestión de los servicios sanitarios, a la vez que se reducía el papel central (en especial el del Ministerio de Sanidad), incluso en funciones de coordinación que tenía legalmente fijadas.

Es inaplazable, por tanto, regular las funciones del Ministerio de Sanidad para, aplicando el artículo 9.2 de la Constitución, que dispone una igualdad real y efectiva, garantizar los derechos de los ciudadanos independientemente de la C. Autónoma donde vivan y producir una fórmula de gobernanza para el Sistema Nacional de Salud compatible con la descentralización completa de la gestión de los servicios públicos sanitarios.

Llegados aquí hay que subrayar la reducción, hasta casi su desaparición, de la participación estatal en la financiación de los servicios sanitarios en general, y de instrumentos financieros específicos para intervenir en el mantenimiento de la universalidad y equidad de la protección sanitaria.

La vida cotidiana nos ofrece la perspectiva de que en la práctica se esté ya funcionando no como un sistema integrado, sino como una suma de diecisiete sistemas cada vez más distintos, escasamente vinculados entre sí, a la vez que juegan a ser competidores.

Esa inquietud se ha puesto de manifiesto en relación con diferentes políticas, desde la del ámbito de la salud pública, a la de la gestión de los recursos humanos, de formación de especialistas, homologaciones de carrera profesional, movilidad, salarios o a la de la incorporación de nuevas prestaciones diferentes por distintas CCAA.

El gasto sanitario se muestra difícil de controlar, y la relación con los proveedores del sistema como responsables de una parte importante de dicho crecimiento ofrece curiosas peculiaridades, entre otras muchas cuestiones que ocupan a diario los medios de comunicación.

En último término, lo que se está poniendo en cuestión es si está en peligro el mantenimiento de la protección sanitaria en condiciones de equidad e igualdad para la población española.

Al plantearse la búsqueda de soluciones para esa situación la respuesta más común e inmediata es la de invocar el mecanismo de la coordinación en nuestro sistema sanitario, mediante el que evitar el riesgo de su desintegración como tal.

Cualquier fórmula de coordinación propuesta, sea de carácter general o parcial, tiene que partir de la realidad de diecisiete servicios de salud diferentes, sin ninguna dependencia jerárquica que no sea la de sus propias autoridades autonómicas. Éstas, por otra parte, parecen seguir teniendo como valor superior el de la autonomía y la discrecionalidad de su gestión y, sin incentivos externos específicos

para ello, no parecen comprometidos en el mantenimiento de la protección sanitaria universal e igualitaria para todos los ciudadanos españoles en todo el territorio como interés “común” que justifique una mayor coordinación de sus actuaciones.

El planteamiento de medidas de coordinación generales o parciales debe seguir un enfoque “funcional”, de instrumentación de aquellas fórmulas en cuya consecución estén interesados unos u otros agentes del sistema por encontrar dificultades en su gestión en ausencia de mecanismos de coordinación en cada caso.

Debe valorarse que cualquier medida de coordinación prevista resulta ineficaz si no se acompaña de un condicionante económico de su cumplimiento y, en ese sentido, cualquier medida de coordinación que se adopte debe acompañarse de una implementación económica que lleve a actuar como administraciones comprometidas en el acuerdo de su adopción.

Esta perspectiva se deduce tanto de la propia experiencia del funcionamiento de nuestro Estado autonómico, como del análisis del funcionamiento y la financiación de otros sistemas sanitarios federales o de gestión descentralizada.

De cara al futuro, también es necesario tener muy presente que el actual proceso de modificaciones estatutarias en distintas Comunidades Autónomas, puede profundizar en los rasgos diferenciales estratégicos de los distintos Servicios de Salud Comunitarios restando legitimidad al Sistema Nacional de Salud, a la vez que potencian sus lógicas limitaciones porque no podrían resolver aquellas cuestiones, siempre graves, que van más allá del ámbito autonómico y que solo pueden abordarse desde el Gobierno de la nación.

En este marco, un tanto especial, debería utilizarse decididamente el Senado como espacio de diálogo y concertación permanente entre el Estado y las Comunidades Autónomas, dando forma parlamentaria, si fuera necesario a los acuerdos alcanzados en el Consejo Interterritorial de Salud y en todo caso orientando soluciones en la planificación de estructuras de interés general.

Ante esta situación no cabe la indiferencia porque los problemas antes señalados se agudizan.

O se trabaja con rigor en la coordinación del S.N.S o bien pronto comenzarán a escucharse voces reclamando políticas de “devolución”, tal como está ocurriendo en algunos países donde tienden a aumentar el grado

de implicación de sus gobiernos centrales para mantener la universalidad y equidad de sus sistemas sanitarios.

En todo caso será necesario desarrollar mecanismos externos a los servicios regionales de salud que permitan mantener la universalidad y la equidad del sistema sanitario sin los cuales el S.N.S se orientará lenta pero inexorablemente hacia su desaparición.

El Déficit de la coordinación ha creado en España una situación sanitaria que recuerda a la existente en el periodo previo a la promulgación de la Ley General de Sanidad.

Será necesario un Acuerdo en forma de Ley compartido por Gobierno Central y CCAA que ofrezca una salida racional a esta situación. Es difícil, pero entiendo que es tarea central para quienes entienden que el S.N.S es patrimonio de todos los españoles.

SEGUNDO SIMPOSIUM
LA GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

***“LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL
COMO BASE DE LAS POLÍTICAS DE BIENESTAR”***

JOSÉ GARCÍA

Ex-Consejero de Sanidad y de Servicios Sociales del Principado de Asturias

30 DE MARZO DE 2009

CONFERENCIA

Introducción.-

Muy buenas tardes, muchas gracias al RIDEA y a los organizadores de este foro de debate, por la invitación y la oportunidad que me brindan de poder intercambiar un conjunto de ideas con todos ustedes., Creo que es muy oportuna, esta iniciativa de abrir un debate con los temas que está abordando este Foro de la Sanidad Pública, y por lo tanto os felicito por esta iniciativa, independientemente de que tengáis mucho o poco poder de convocatoria.

Me han pedido que abordara la cuestión de la relación entre la atención social y sanitaria, y voy a hacer un análisis general para intentar trasladarles argumentos de por qué en la situación actual la coordinación-, integración, podremos precisar luego que términos son los más apropiados, es un elemento fundamental e indispensable; tanto para lograr la eficiencia de los sistemas, del Sistema Sanitario y del Sistema de Prestaciones Sociales, como para conseguir una calidad de atención a los problemas

sociales y sanitarios que hoy emergen y que configuran tanto el patrón de morbilidad sanitaria como de necesidades de apoyo social. Así, que esta va a ser mi exposición, un análisis de la situación, de las dificultades que entraña la coordinación, y de los proyectos y medidas para ejecutarla y hacerla operativa.

Nuevos Factores. Nuevas necesidades

Empiezo revisando los factores que hoy configuran esa situación y generan nuevas necesidades y demandas.

En primer lugar, un fenómeno por todo conocido, es el cambio de los factores socio-demográficos, empezando por el problema de la edad. Es una constatación el aumento de la población mayor de 65 años; es conocido también, y al efecto que aquí nos interesa tiene más importancia, el aumento de la población mayor de 80 años. Para que se hagan una idea, veamos algunos datos de nuestro entorno: en Asturias, en los últimos 15 años, esa población mayor de 80 años se ha incrementado en cerca de 8.000 personas y se acerca a un 7% de la población. Naturalmente, en esos extremos de la edad, la vulnerabilidad, tanto social como de la salud, se intensifica y, por lo tanto, se hace mas necesario la concurrencia y la utilización de los sistemas de atención.

El segundo factor relevante, es la modificación de los patrones de morbilidad. El patrón de morbilidad hoy predominante, y cada vez con más fuerza, es el patrón de las enfermedades de larga evolución y de las pluri-patologías, sobre todo aquellas que inciden en las personas de más edad; de tal manera que ya no sirve el modelo de atención para agudos, centrado en la curación, entendida como reparación y restitución de las funciones *ad integrum*, si no que se requiere aplicar un modelo que dispense cuidados complejos y continuados.

La tercera cuestión, a la que quiero referirme, es a la capacidad de las familias que siguen siendo hoy un elemento fundamental en la provisión de cuidados; pero están perdiendo capacidad para proveerlos en la misma extensión e intensidad que lo hacían antes, debido al impacto de los cambios demográficos y ,sobre todo, de la estructura familiar, y por la participación más activa de los miembros de la familia en otras tareas fuera del hogar, Por lo tanto, si comparamos el potencial para la prestación de cuidados de las familias de hoy con respecto a hace 15 años, vemos que ha disminuido mucho esa capacidad y, en

consecuencia, atenciones que antes se consideraban de índole familiar y privado, no es posible hoy darles una respuesta desde ese plano y es necesario que concurren y presten ayuda los sistemas de protección social públicos. Y estos apoyos son imprescindibles para poder seguir conservando la aportación y el apoyo que puede hacer hoy la familia, para evitar su desfallecimiento y evitar, por decirlo así, que entre en bancarrota y perdamos toda su energía y la posibilidad de contar con sus apoyos.

De otro lado, es conveniente considerar la evolución que han tenido los servicios sanitarios, el impacto de las tecnologías y la exigencia de tener un nivel de alta resolución. En consecuencia, ya no pueden ni, deben tener esa función múltiple, característica de los orígenes de las instituciones sanitarias, en las que se hacía de todo: alojamiento, cuidados sanitarios y cuidados sociales. Las funciones del espacio sanitario se han ido diferenciando y especializando, y hoy tienen que centrarse en dar respuestas sanitarias y se hacen ineficientes e inapropiadas, cuando se ocupan de otros problemas que no lo son.

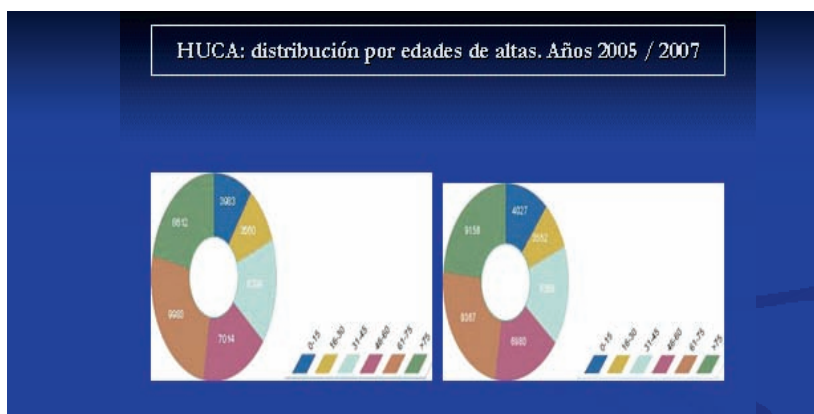
Otra cuestión que conviene analizar es el tipo de respuestas que se deben dar ante estas nuevas demandas, y dentro de ellas el fomento y desarrollo de la atención comunitaria. Cada día es más evidente que en la provisión de cuidados sociales hay que sopesar muy bien el hecho de la institucionalización de problemas y demandas que no tienen porque ser institucionalizadas. Esta consideración merece más atención, si cabe, ahora que estamos desarrollando esta ley tan reciente, de *la promoción de la autonomía y atención a la dependencia*, que preconiza medidas para evitar la institucionalización y prevenir la dependencia.

Hemos de ver como se articulan los programas y las intervenciones, de modo que sean capaces de prestar los cuidados en el nivel que le corresponden y no quemar etapas, ni producir efectos adversos que aumenten la discapacidad y dependencia.

A mi juicio, la forma en que hoy se debe prestar la atención esta caracterizada por *el paradigma de la atención integral y continuada*. Hoy para la gran mayoría de las demandas que se reciben, tanto en los servicios sanitarios como en los sociales, no sirve la intervención puntual. Se requiere programas e intervenciones que tengan como perspectiva la atención integral y continuada: integral, porque cada día urge mas la necesidad de acciones complejas, de disciplinas distintas, que de manera

simultanea o complementaria intervengan en el cuidado; continuada, porque toda esta patología de larga evolución, compuesta por pluripatologías, necesita una atención continuada, en el tiempo, de ambos sistemas, a veces de forma simultanea, a veces de forma secuencial; pero en la que es necesario que concurren prestaciones sanitarias y prestaciones sociales.

Me he referido antes al factor del envejecimiento, y ahora les puedo mostrar su reflejo y repercusión en la utilización de los servicios sanitarios, y en concreto en la utilización de un hospital como es el HUCA.



Como vemos en la gráfica número1, el sector mayor de 75 años ha representado en el año 2005 el 21,78% de los ingresos en este hospital y en el 2007, ha aumentado ya al 23,20%. Por lo tanto, un hospital de tercer nivel, como es el HUCA, tiene entre sus usuarios una representación muy importante de la población mayor y tiene que gestionar las necesidades de atención, asociadas a este perfil de usuarios.

Así, que todos estos factores, que he analizado, hacen hoy indispensable que la intervención de los sistemas de atención, sea cada vez más complementaria, esté cada vez más articulada y más coordinada. Y esto es una exigencia inaplazable, para evitar vacíos y desamparo, pero también para asegurar tanto la calidad de la prestación, como la eficiencia de las acciones de los sistemas.

He analizado estos factores para reafirmar mi argumentación de la necesidad de disponer de unos servicios, sanitarios y sociales, que se complementen y se coordinen, a continuación analizo las dificultades y las barreras que obstaculizan esta coordinación y esta convergencia.

Dificultades y barreras que obstaculizan la coordinación del sistema sanitario y social.

En primer lugar, hay que decir que nosotros tenemos un desarrollo insuficiente de políticas sociales, de Servicios Sociales, aunque hay evidencias de que hemos avanzado de forma considerable desde los años 76. Tomando como referencia el gasto social en la UE, vemos que en el 2005 -que son los últimos datos a los que yo tuve acceso del Eurostat,- estamos a casi 7 puntos de diferencia de la media europea, por lo tanto aquí se produjo una asimetría: ha habido un gran avance en el PIB, de tal manera que nos acercamos cada vez mas a la media europea, pero no sigue esa misma tendencia la evolución del gasto social y eso como es lógico repercute en la dotación de las políticas y de los Servicios Sociales.

Dificultades y barreras que obstaculizan la coordinación del sistema sanitario y de servicios sociales

Tabla 1

- Desarrollo insuficiente de servicios sociales
- Asimetría entre los sistemas: en sus formas de cobertura, organización y dotación de recursos
- Maraña político- administrativa, múltiple dependencia de los servicios sociales
- La indefinición de los servicios sociales en la Constitución
- Factores culturales y profesionales
- Noción de “cuidado social
- Imprecisión de las funciones de habilitación, rehabilitación y fomento de la autonomía personal
- Precario desarrollo profesional.
- Confusión y diversas maneras de entender lo *socio-sanitario*

Tenemos también, en nuestro país, una asimetría en cobertura, organización y dotación de recursos del Sistema Sanitario y de los Sistemas de Servicios Sociales. Disponemos de un Sistema Sanitario, mucho más desarrollado, mucho más profesionalizado, con una cobertura más extensa, definida como universal, cuestión que no ocurre con los Servicios Sociales, excepto los que ahora se inician con la aplicación de *la Ley de autonomía, atención a las situaciones de dependencia*, y los que abren, las dos únicas

leyes que existen en el Estado español que configuran parte de los servicios sociales como un derecho subjetivo.

Otra cuestión importante, que ha venido a sumar dificultades, es la maraña político- administrativa de los Servicios Sociales y la indefinición que de ellos ha hecho la Constitución, materia engorrosa pero que conviene conocer porque ha influido claramente en que hoy no se tenga un sistema público de servicios sociales con dependencias y coberturas claras.

En el período preconstitucional la Seguridad Social daba una cobertura sanitaria y ofrecía una cobertura de prestaciones sociales subsidiarias. Buen ejemplo de ello es que cuando se reorganiza la Seguridad Social y se descompone en institutos, surge el INSERSO como una entidad gestora que tiene y ejerce acciones y prestaciones en el campo de minusvalía, de atención a mayores y en otros campos de prestaciones sociales. Luego, la Constitución deja con una gran ambigüedad y e indefinición el tema de los servicios sociales, los menciona en varios artículos: en el artículo 41, en el que dice que la Seguridad Social deberá ser una garantía para todos los ciudadanos en materia de prestaciones sociales, en otro artículo hace referencia específica respecto a la cobertura que debe darse a las personas mayores, en materia también de asistencia social; pero luego hay dos artículos que complican y hacen que eso quede en una situación de indefinición. Estos son el artículo 148 y el 149, uno define las competencias absolutas del Estado, y ahí no se incluye ninguna referencia que tenga que ver con Servicios Sociales y otro, el 148, que define las competencias a transferir a las CC.AA. y en él se habla de Asistencia Social y eso es lo que se ha entendido como materia en servicios sociales, de forma que los estatutos que han desarrollado sucesivamente las CC.AA los incluyeron porque consideraron que esa era una competencia de ámbito autonómico. Lo cierto es que la lectura que hacen distintos expertos constitucionalistas confirma que: “los Servicios Sociales “podrían ser una prestación de la Seguridad Social o podría no serlo”, y se optó por excluirlos de esa categoría.

Posteriormente, en los años 82 y 83, recién llegado el Partido Socialista al Gobierno se planteó trabajar en una Ley Estatal de Servicios Sociales, que se complementaría con la Administración Autonómica; pero esa ley no prosperó y además, rápidamente, al amparo del artículo 148 de la Constitución, el estatuto Vasco y Navarro incluyeron y desarrollaron como

competencia propia los Servicios Sociales. Así, que vemos que la Constitución ha dejado una ambigüedad respecto al ámbito competencial de los servicios sociales, aunque insisto, que a pesar de esa ambigüedad parece que habría solvencia suficiente para decir que eso puede desarrollarse a partir de la Seguridad Social, y ese es un debate que se abrió nuevamente con la reciente Ley 39 de Fomento de la Autonomía y atención a las personas en situación de dependencia, pero que se cerró dándole otro soporte constitucional—art. 149.1.1ª- para evitar litigios y tensiones en materia de competencias.

Desde el punto de vista de las competencias se añade más complejidad con la Ley de Régimen Local, pues establece que los Ayuntamientos y, en concreto, los de más de 20.000 habitantes tienen la obligación de desarrollar prestaciones sociales. Pero sucede, que hasta ahora, todos estos mandatos que se establecen son de carácter discrecional, tienen obligación de establecer recursos sociales pero no obliga a tener una garantía de recursos ni de prestaciones y lo mismo ocurre con las CC.AA.

La primera CC.AA que cuenta con una ley, que define como derecho subjetivo los servicios sociales, es el Principado de Asturias, con la ley 1/ 2003 de servicios sociales y posteriormente el parlamento de Cataluña aprobó otra que comparte también esa característica. Aún, ninguna de las dos, ha hecho el desarrollo necesario para su aplicación, de tal manera que en este momento no se ha hecho la regulación reglamentaria debida para que unas determinadas prestaciones sociales tengan la consideración como derechos subjetivo.

Nos encontramos con una situación muy compleja, tanto del punto de vista de la definición de los Servicios Sociales, como desde el de nivel competencial que sin duda ha hecho más difícil y complicado que en otras políticas públicas la posibilidad de coordinar y articular los distintos niveles que corresponden a los servicios sociales.

Además de estas dificultades, de orden administrativo y político, hay más factores, de orden cultural, profesional y de desarrollo del propio sistema, que han dificultado la coordinación

En primer lugar, el tema del cuidado social es un concepto reciente y no hay aún unanimidad respecto a lo que se entiende por cuidado social; es una noción bastante cambiante y que, lógicamente, evoluciona.

Muchos de ustedes saben que hasta hace poco se entendía por ayuda a domicilio unas cosas concretas, relacionadas con tareas domésticas, que ahora empieza a ampliarse e incluir otras actividades. Teóricamente el cuidado social abarca las intervenciones y los apoyos que se deben prestar a una persona para que se desenvuelva con autonomía en las actividades de la vida diaria, y que está relacionado con el apoyo que necesita la persona para realizar actividades básicas y actividades instrumentales de la vida diaria; pero como digo, primero es un concepto aún impreciso y en evolución y, por lo tanto, no están definidos los roles y los perfiles profesionales que se ajustan a la prestación.

Funciones como las de habilitación, rehabilitación, esto que introduce la reciente ley, fomento de la autonomía personal, son términos y conceptos que adolecen todavía de la suficiente claridad y suscitan, en ocasiones, disputas profesionales sobre la pertenencia del campo de intervención. Por ejemplo, ¿Es función de los servicios sociales participar en la rehabilitación? Cuestiones como esta abre un debate entre los profesionales sanitarios y los profesionales del campo de la intervención social, porque históricamente, en el campo de la llamada minusvalía, han intervenido los servicios sociales, antes SEREM y luego el IMSERSO.

Ante la nueva ley surge también la pregunta ¿Es la autonomía personal una función exclusiva de Servicios Sociales, o es una función integral en la que deben concurrir varias disciplinas? Todos estos son elementos que añaden dificultades a la articulación de los sistemas y suponen una barrera para avanzar en la coordinación-integración.

El sistema de los servicios sociales tiene un desarrollo profesional muy distinto del sistema sanitario, la concepción que se tiene, por ejemplo del trabajador social no responde para nada a lo que es su rol y a veces difícilmente se entiende que es un profesional que tiene que su ámbito de intervención en la comunidad. Socialmente, hay un cliché de él, como de un profesional de despacho, que únicamente gestiona administrativamente porque se tiene una idea equivocada de su rol profesional y este prejuicio está relacionado con un desarrollo profesional insuficiente.

Otra área que ha generado confusión y que se ha utilizado de forma impropia es el tema de lo socio-sanitario.

¿Que es lo socio-sanitario? ¿Es un sistema nuevo? ¿Es un espacio donde concurren las actuaciones de diversos sistemas?

Yo propongo prescindir de ese término. Creo que debería de sustituirse porque genera mucha confusión, que induce a pensar que estamos hablando de un tercer sistema de atención. Considero que debería sustituirse por *la noción de atención continuada e integral*, que se atiende más a las necesidades de estas personas. Pues no necesitan de un tercer sistema socio-sanitario, si no de prestaciones que de manera simultánea o de manera secuencial respondan a las necesidades sanitarias y sociales que tienen. A mi juicio, no se necesita un tercer sistema, lo que se necesita es que converjan, confluyan y se complementen los sistemas sociales y sanitario para garantizar la continuidad de cuidados, para no producir desamparo ni interrupción en la atención integral y continuada.

La necesidad, de coordinación de estos sistemas se viene sintiendo desde hace tiempo, no es una cuestión de hoy, tiene su historia, que se puede rememorar revisando los planes y normas que se han elaborado desde hace casi 20 años.

Hay que citar en primer lugar el *plan concertado de servicios sociales*, que era una coordinación entre administraciones central, autonómica y municipal para desarrollar servicios sociales. Se consideró que tal y como quedaron las leyes, como les decía anteriormente, si no había una iniciativa de la Administración Central, los servicios sociales no iban a prosperar, y entonces, en el año 98, se puso en marcha el plan concertado para impulsar una serie de prestaciones que ejecutaría la administración local.

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales elaboró el plan gerontológico, en el año 92, en el que también aborda ese tema.

Ha sido muy decisivo y relevante el acuerdo de ambos ministerios, Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, en el año 93, mediante el que se plantean la necesidad de una estrategia común para abordar la coordinación social y sanitaria, y eso dio lugar que a finales del 93 el INSALUD elaborará un documento operativo para la ordenación de los servicios sanitarios y la atención a las personas mayores donde ya se proponen elementos organizativos muy importantes, como es el órgano de coordinación de área, que se tomaron como referencia en algunos territorios del INSALUD para su puesta en marcha, pero finalmente no prosperaron.

En el año 97, hubo un acuerdo en el Congreso de los Diputados para retomar el tema de la atención socio-sanitaria y como consecuencia de

ello se vuelve a crear un grupo de trabajo entre el IMSERSO y el Ministerio de Sanidad que da lugar a que en el año 2001, el Consejo Interterritorial, elaborara un nuevo documento de bases para un modelo de atención socio-sanitaria.

Me consta que la Junta General del Principado, instancia en la que también hubo iniciativas y documentos sobre la atención socio-sanitaria, está en este momento, en respuesta, a una iniciativa parlamentaria, pendiente de concluir elaboración un nuevo plan de atención socio-sanitaria.

Aparte de los planes y estudios, hay leyes y normas de rango estatal que promueven, o que plantean esa necesidad. La primera es la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que determina lo que serían los ámbitos de atención socio-sanitaria desde el punto de vista sanitario y especifica tres epígrafes:

- Cuidados sanitarios de larga duración.
- Atención socio-sanitaria de convalecencia y
- Rehabilitación en pacientes con déficit recuperable.

Estas materias que establece la ley no han tenido desarrollo porque donde debería tenerlo es en el Real Decreto de la cartera de servicios, la más reciente del 2006, que deja el desarrollo de los contenidos de la atención socio-sanitaria como estaba el anterior, el del 95, y hace una cláusula final, diciendo que la atención socio-sanitaria se desarrollará en su momento y en sus contenidos. Por lo tanto en la cartera de servicios, que es el contrato que los sistemas plantean con los ciudadanos hace mención a la atención socio-sanitaria pero deja sin desarrollar sus contenidos, limitándose a una disposición adicional para que se haga en su momento.

Esto son las normas y los planes de ámbito estatal que han ido configurando el contexto de esa necesidad, algunos con menos capacidad operativa, porque son planes o estudios, que no pasan de la recomendación o de la declaración de objetivos; otros con más, porque son leyes, pero ninguno de ellos ha tenido el suficiente impacto y desarrollo en la práctica, como para lograr su aplicación.

En Asturias, tampoco nos hemos quedado cortos en esta materia., Ya, desde el año 93, empezamos a hacer informes para el tema de la coordinación socio-sanitaria Se empezó con la creación de un grupo de

trabajo en la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales que elaboró un documento sobre esta materia. En el año 96, el nuevo gobierno le encarga un estudio a una consultora que también produjo un documento al respecto. En el decreto del 2002, que regula la red hospitalaria pública y define los establecimientos de convalecencia, se señala también la necesidad de que se establezca una coordinación entre los servicios sanitarios y sociales para todas aquellas prestaciones que conciernen a ambos sistemas.

La ley de servicios sociales 1/2003, establece también la necesidad de la coordinación de los servicios sanitarios y sociales.

Hubo una experiencia operativa que ha sido el programa “rompiendo distancias”, en el medio rural, concebido y aplicado como un programa de desarrollo de servicios sociales con una importante intervención a domicilio, que empezó a articular los servicios sociales con el nivel de la atención primaria sanitaria. Se inició en la Comarca de la Sidra y ha ido progresando muy lentamente.

Hemos llegado a un punto muy importante en este ámbito de la normativa y de las leyes, que es la *ley 39/ de 2006 de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia*. Muy importante porque por primera vez se establecen derechos subjetivos en estas prestaciones, pero también desde el punto de vista de la coordinación. Lleva poco tiempo en vigor, por lo tanto cualquier juicio sobre ella sería precipitado; pero eso no nos impide señalar que su aplicación implica mucha cooperación entre administraciones. Porque es una ley cooperativa, que se ampara en el artículo 149-1 de la Constitución, que dice que el Estado tiene que garantizar que haya unas prestaciones básicas y mínimas para todos y que no se conculque el derecho de igualdad.

La Ley establece 3 niveles, -esto es muy importante saberlo-, hay un nivel mínimo que es el que garantiza el Estado y es para el que ha tomado este apoyo constitucional, el 149-1 que dice: El Estado garantiza unas prestaciones mínimas para que se respete el derecho a la igualdad y por lo tanto la Administración Central ha definido en el Consejo Territorial cuales son las prestaciones mínimas.

Hay un segundo nivel que es aquel que sea capaz de pactar o acordar con cada CC.AA. Y hay un tercer nivel que es el que puede hacer libremente cada CC.AA; ya se imaginan que esto puede dar origen a

situaciones muy diferentes según la implicación de cada Comunidad Autónoma.

La Ley de dependencia también plantea las necesidades de cooperación y colaboración entre el sistema sanitario y los servicios sociales, y lo plantea en 2 o 3 artículos aunque todavía eso no ha conseguido plasmarse y hacerse realidad.

Como ven, no han sido pocos los intentos ni las normas que tenemos para facilitar la coordinación o la integración de los sistemas sociales y sanitarios, veamos ahora un poco los resultados que hasta hoy han dado todos estos estudios, todos estos planes y las normas que sobre esta materia se han sacado.

Nos encontramos en un punto, caracterizado porque en España no hay un modelo uniforme ni generalizable de coordinación ni de prestación de servicios sociales y sanitarios. Además, hay deficiencias e insuficiencias dentro de cada sistema; es decir tenemos insuficiencias para la coordinación vertical y transversal. Me refiero a que hay deficiencias en la coordinación de los servicios sociales comunitarios con los más especializados y del nivel de atención sanitaria primaria con el nivel especializado y esas deficiencias también dificultan la consecución de la coordinación de un sistema con el otro.

En Asturias, en la actualidad, no disponemos de órganos formales de coordinación ni de procesos formalizados que faciliten su aplicación; me consta que hay iniciativas de profesionales, que hacen protocolos, que intentan coordinarse, pero no hay ningún amparo, ni exigencia, ni formalización institucional para que en eso se avance.

Lógicamente, estas insuficiencias tienen una repercusión negativa en la continuidad y en los procesos asistenciales. Se producen desplazamientos arbitrarios de usuarios de un sistema a otro y cargas indebidas en los sistemas. Las más ostensibles, y más habituales son:

El sistema de servicios sociales está corriendo con gastos de atención sanitaria que le son impropios;

El sistema sanitario sufre distorsiones que producen ineficiencias, como ocupaciones más prolongadas de lo necesario, utilización indebida de sus recursos como consecuencia de la carencia de recursos sociales apropiados. La gestión de estos problemas queda a expensas de las iniciativas individuales de algunos profesionales, lo

que requiere mayor esfuerzo, porque al no haber un proceso formalizado ni órganos que lo faciliten, las iniciativas individuales se hacen más difíciles llevar a término. Y lo que es más importante, la articulación de los dos sistemas, aparte de tener la organización apropiada, necesita de una cultura multidisciplinar que no tenemos todavía en este país, ni se está promoviendo.

Esta situación, que condiciona la práctica de los profesionales de ambos sistemas, tiene repercusión negativa en la actividad profesional y en la creación de una cultura multidisciplinar que es indispensable para avanzar en la coordinación de sistemas.

Como ya he señalado, hay gran diferencia en el desarrollo del Sistema Nacional de Salud y de los Servicios Sociales y eso genera o produce una repercusión negativa en la utilización, sobre todo del sistema sanitario; porque, lógicamente, cuando hay un sistema que ofrece prestaciones como un derecho subjetivo y universal y el otro no, eso hace que los ciudadanos lleven a ese sistema, que tiene mas facilidad de acceso,, su malestar y sus problemas para que esa demanda se legitime en ese sistema. Este es uno, no el único evidentemente, de los factores que están influyendo en la medicalización de los problemas sociales. Es decir, la precariedad social y la falta de respuestas a la precariedad social facilita el consumo y la utilización indebida o excesiva del otro sistema- el sanitario- que tiene la prestación definida como un derecho subjetivo, por todos bien conocido.

En otra sesión de este Foro, se ha hablado de la intensa frecuentación que hay en los servicios de atención primaria. Efectivamente, hay un estudio reciente, de SEMERGEN, que dice que aproximadamente el 25% de las demandas que les llegan, son demandas arbitrarias e injustificadas para poder articular entorno a ellas una respuesta sanitaria. El problema es que cuando el profesional se ve presionado y articula esa respuesta, esta es ineficaz; porque no es razonable ni eficaz dar una respuesta sanitaria para un problema que no lo es. Además, es una respuesta que aumenta el riesgo, porque genera un desequilibrio de la ecuación riesgo-beneficio, pues todos sabemos que las intervenciones y prescripciones sanitarias, conllevan riesgos y cuando son inapropiadas el riesgo es mayor. En consecuencia, podemos concluir que la insuficiencia en la coordinación y la asimetría de los sistemas, plantean problemas no solo a los ciudadanos, que experimentar, por ello, desamparo y no tienen

garantizada la continuidad asistencial, si no que genera ineficiencias muy importantes en los sistemas.

Lo que quiero reiterar y argumentar es que estamos ante un problema que necesita respuestas inaplazables, que no admiten más demora; tanto desde el punto de vista de la eficiencia y el mejor funcionamiento de los sistemas, como para ir avanzando, en lo que para mi es un paradigma nuevo pero inevitable, en la atención integral y continuada.

No voy a entrar yo, en lo que serían las propuestas concretas de actuación, que se expondrán en otras intervenciones; pero si que creo que cualquier propuesta que se haga, debería tener algunas referencias que señalo rápidamente.

Con todo lo que hemos visto, con toda la documentación que hay, con las normas que han mencionado estamos en un momento para empezar a tomar medidas operativas e iniciar experiencias concretas que coordinen y plasmen estas ideas, aunque sea con carácter piloto o de ensayo que luego pueden extenderse progresivamente.

Naturalmente, eso obliga a tomar posición frente a esta confusión, de lo socio- sanitario. Habrá que aclarar quede lo que se trata, o por lo menos lo que yo quiero defender y establecer, es que no se necesita crear un tercer sistema; sino de asegurar la convergencia y la complementariedad de los sistemas de prestación social, en este caso servicios sociales y sanitarios para garantizar la continuidad de cuidados. Ahora bien, para asegurar esa continuidad de cuidados tenemos que hacer un mapa de recursos, para saber de que disponemos, e iniciar la aplicación las medidas que propicien la atención integral y continuada a estas demandas que corresponden a un nuevo patrón de morbilidad. Ya hay algunas referencias que nos pueden ser de utilidad, porque lograron la cooperación de agentes y administraciones. En el plan nacional contra la droga, por ejemplo, concurren, creo 5 o 6 administraciones que se sienten partícipes del plan, y han distribuido el papel y la función de cada una, articulándose en programas concretos.

Naturalmente, todo lo que se haga en esta materia debería propiciar la atención comunitaria y domiciliaria, estamos ante una situación que puede tener también riesgos de institucionalización o de indicación inadecuada de los servicios, que luego lamentaremos. Desde el punto de vista de servicios sociales el desarrollo comunitario es escaso y cuando no hay un desarrollo homogéneo a veces hace que se prime aquello que debe ir

en último lugar en la cadena de respuestas, a saber: las residencias, los internamientos, que tiene sus efectos adversos. Por lo tanto es necesario que haya un desarrollo de servicios y estrategias comunitarias para que la respuesta institucional responda a una buena prescripción y necesidades auténticas.

Creo que es necesario e indispensable crear órganos de coordinación y evaluación multidisciplinarios y crear la figura del gestor de casos, que es el que permite seguir la situación y conseguir que sea operativa. Por todo lo dicho, me parece que cualquier modelo o experiencia que se ponga en marcha debería tener en cuenta estas referencias.

Muchas gracias.

SEGUNDO SIMPOSIUM
LA GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

***“LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN
EN ASTURIAS”***

JULIO BRUNO
Médico Salubrista. Ex-Gerente del ERA

30 DE MARZO DE 2009

CONFERENCIA

Buenas tardes a todos: con el título de esta presentación trato de abordar la invitación del Ridea, de Juan Luis Rodríguez-Vigil y de mi amigo Martín, en estas jornadas sobre los servicios sanitarios. Lo primero a destacar, desde una perspectiva de la salud, y de ahí su acierto al introducir este tema en unas jornadas sanitarias, es lo imprescindible que resulta hoy, en la era del envejecimiento y la epidemiología de las enfermedades crónicas, la gestión del sector social y su funcionamiento integrado con el sector sanitario.

La Ley de Dependencia es una conquista social para miles de ciudadanos y un verdadero logro político. El elevado nivel de prestaciones implica la necesidad cada vez más urgente de revisar y adecuar las políticas de servicios al nuevo escenario de demandas de los ciudadanos: 15.000 usuarios reciben en este momento en Asturias prestaciones por la Ley de Dependencia, con apenas dos años de desarrollo de la norma. Es un éxito y también un verdadero reto, como decía hace un momento Pepe García, para

los servicios asturianos, la forma en que se organizan los servicios para afrontar este tema. En el mes de marzo se habían presentado más de 25000 solicitudes y producido más de 19000 dictámenes, lo que da una idea cabal del esfuerzo a realizar.

Prestaciones Dependencia Asturias Marzo 2009.SAAD

SAAPD	Asturias	Nacional	%Ast/Nacional	%sobre habitantes Asturias	%Hab España
Habitantes	1.080.13	46.157.822	2,3%		
Solicitudes	25.588	78.828	3,2%	2,4%	1,7%
Prestaciones total	15.639	567.068	2,8%	1,4%	1,2%
Prevención, Dependencia y promoción Autonomía Personal	0	656		0,0%	0,0%
Teleasistencia	20	14.482	0,1%	0,0%	0,0%
Ayuda Domicilio	491	46.429	1,1%	0,0%	0,1%
Centros de Día/N	406	16.307	2,5%	0,0%	0,0%
Atención Residencial	2.818	76.011	3,7%	0,3%	0,2%
P.E. Vinculada Servicio	349	21.022	1,7%	0,0%	0,0%
P.E. Cuidados Familiares	4.224	151.291	2,8%	0,4%	0,3%
P.E. Asist. Personal	0	432	0,0%	0,0%	0,0%
Sin especificar	7.331	240.438	3,0%	0,7%	0,5%



En Asturias la base de ese éxito puede residir en gran parte en el trabajo realizado en la historia reciente, durante las legislaturas 1991, 1999 y 2003, gracias al que se ha creado un sistema de acogida para mayores y de instituciones e incluso unos derechos reconocidos en Asturias antes de la llegada de la Ley estatal.

Pero la aplicación inicial de esta Ley debe acompañarse de otras acciones de transformación de las estructuras y servicios y de ordenación de dispositivos asistenciales o de gestión. En esta conferencia, intento identificar los problemas y los retos del Sistema en Asturias para los próximos años, pero a modo de resumen, lo que quisiera concluir aquí es que hoy en el sistema asturiano de atención a la dependencia, que es lo que el conjunto de servicios que tratan de dar respuesta a este problema de la discapacidad hay dos elementos, dos retos clave que afrontar:

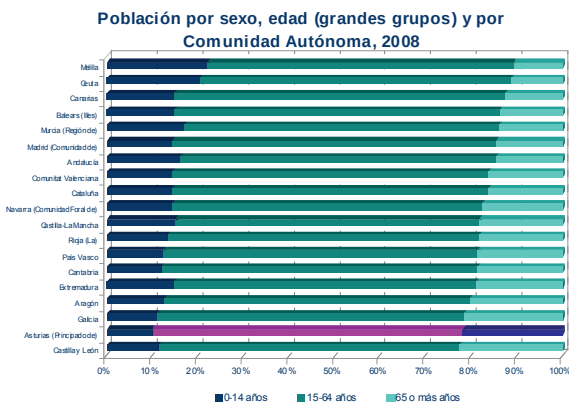
- Diseñar y poner en marcha un modelo de gestión del Sistema Asturiano de Atención a la Dependencia basado en la efectividad de los derechos del ciudadano y en la eficiencia y sostenibilidad a largo plazo de los servicios.

- Por otra parte, la necesidad de garantizar la continuidad asistencial a los dependientes desde los servicios sanitarios y sociales.

En consecuencia, hablaremos de los problemas de gestión que tiene actualmente el sistema, desde mi punto de vista y también me referiré a los elementos de coordinación socio-sanitaria, de nuestra experiencia concreta en Asturias.

1) La magnitud del problema

El 25% de nuestra población mayor de 65 años tiene discapacidad, el 9% de la población total, estimado de la encuesta de 1999 para Asturias en unos 80 a 90000 ciudadanos. Bueno, ya sabéis que estas estimaciones hay que hacerlas con prudencia, puesto que hay autores que pronostican cierta reducción de la dependencia a medida que avanza el progreso técnico.



Fuente: INE: INE BASE. Revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2008. Consulta en enero de 2009

Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



El caso es que el proceso de dependencia puede encuadrarse en un modelo que la mayoría conocéis que forma parte de la Historia Natural de la enfermedad, desde la salud hasta el handicap, y como en la historia natural de la enfermedad interviene el proceso de rehabilitación en cada uno de los pasos que van desde la pérdida de salud a la enfermedad, desde la enfermedad al déficit y a la afectación orgánica.

Relaciones entre DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD y DEPENDENCIA

MODALIDADES DE INTERVENCIÓN



Históricamente nos encontramos en este proceso con cambios en la gestión de los servicios y las prestaciones muy notables en poco tiempo, empujados por la dinámica demográfica. Anteriormente teníamos sólo el sistema sanitario en la práctica para responder a esto, que ha ido retirándose de las prestaciones para dependientes con una transferencia de costes hacia otros sistemas que tienen la posibilidad de abordarlo porque financieramente se nutren de los propios usuarios, como el copago o con las prestaciones individuales que es lo que está sucediendo; es decir, los sistemas sanitarios han ido regulando y nosotros tenemos una experiencia muy cercana: aquí hace 20 años el Sistema Sanitario trató de dar respuesta con aquellas unidades de media y larga estancia y aquellas fueron desapareciendo para transformarse en un sistema de prestación de servicios, ubicado en los servicios sociales. Se transfirió el cuidado a un sistema nuevo, que al final, visto como un proceso histórico, es hoy el sistema de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia.

En 2002 se estimaron unos 30.629 usuarios asturianos con una discapacidad importante. Y las prestaciones que da hoy el sistema están en

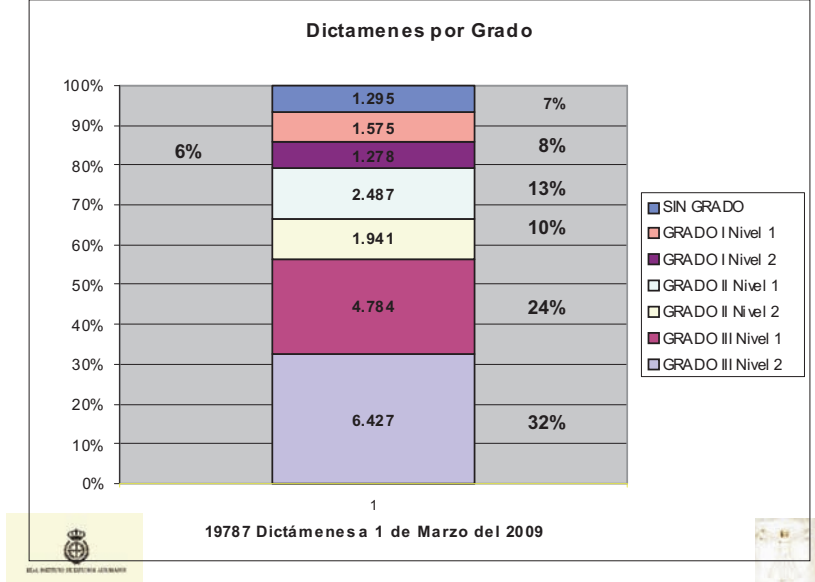
el registro del IMSERSO: en Marzo del 2009 hay 25.588 solicitudes, y estamos hablando de los niveles III y II-II, es decir de los grandes discapacitados y los discapacitados y dependientes moderados. Estamos en este momento con prestaciones totales 15.000, dictámenes 19.000. La distribución también es muy llamativa porque el sistema no nos dice todavía el tipo de prestaciones, la mitad 7.331 están registradas de una forma indefinida, no nos dice que servicio están recibiendo, aunque podemos estimarlo, porque esos 2.818 de atención residencial son los usuarios del ERA, y solo tenemos en teleasistencia 20, en ayuda a domicilio 491; muy poquitos en centros de día: 406. La mayoría de estos 7.000 son prestaciones vinculadas al servicio, en otras residencias que no son públicas sino privadas.

Comparativamente con el nivel nacional también Asturias está bastante bien, en porcentaje sobre habitantes de Asturias el 1,4% en prestaciones, y en atención residencial en Asturias el 3,7% del total de las prestaciones de atención residencial que hay en el sistema de atención a la dependencia a nivel nacional son asturianos, bastante bien. Por tanto la primera observación que es como las verdades del barquero: la demanda actual está por encima de las posibilidades de los Servicios Sociales Públicos, se deduce que la mayoría de las prestaciones actuales se satisfacen mediante prestaciones vinculadas al servicio, de la iniciativa privada, en Marzo había estos dictámenes 17.124 del grado 3 y 2-2.

De aquí que la necesidad de ordenar la gestión de los servicios destinados a la dependencia para garantizar la aplicación efectiva de la Ley sea una evidencia urgida por el enorme crecimiento de las obligaciones de la Administración que trae la Ley y la notable magnitud del crecimiento de los recursos que su aplicación exige.

Pero además hay que tener en cuenta que la gestión de los recursos para dependientes, con independencia del grupo de población que se trate conlleva la interacción constante y la transversalidad que implica el hecho mismo de la dependencia sea el usuario joven o mayor, discapacitado intelectual o físico o padezca ambas discapacidades. Son muchos los elementos y puntos de encuentro entre estas poblaciones, lo que pudiera facilitar una gestión similar en recursos y a veces compartida, que desafortunadamente no se realiza.

Existe por ello un gran consenso en que tendríamos que tener capacidad para gestionar de modo empresarial los servicios destinados a la dependencia manteniendo la singularidad de los programas asistenciales pero posibilitando el uso más eficiente de los recursos públicos.



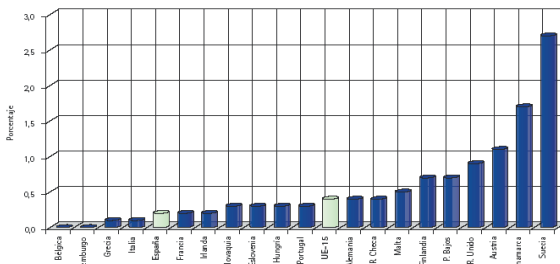
Dictámenes de dependencia. Marzo 2009

La distribución de los dictámenes está en el gráfico, el 66% corresponden a una dependencia superior al grado II-2.

En gasto público en Asturias, estamos bastante bien en datos del 2005, euros por persona mayor de 65, es un poco anticuado, pero quiere decir que la Comunidad venía haciendo un esfuerzo, ya tradicionalmente en esta materia. En euros por persona estamos un poquito más bajos que la media, puesto que tenemos muchos ancianos, pero en el esfuerzo que hace la Comunidad sobre el PIB estamos más altos que la media y esto se refleja en los datos de las memorias que realiza el Observatorio de mayores.

GRÁFICO 3.14

Gasto en cuidados de larga duración a mayores en porcentajes del PIB en los países de la Unión Europea, 2002



Fuente: BUIROSTAT - DATABASE, Structural Indicators. Sustainable development. Ageing Society, <http://ecp.eurostat.ec.europa.eu/>

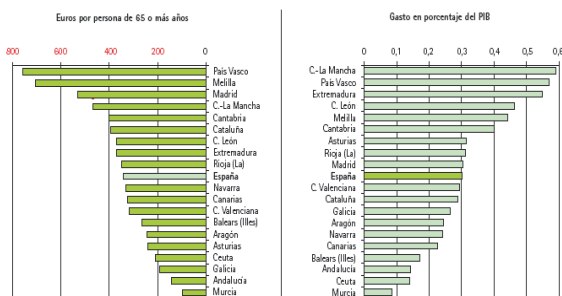


Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



GRÁFICO 3.16

Indicadores sobre el gasto en cuidados de larga duración por Comunidades Autónomas, 2005



Fuente: OPM-Albama, «Servicios sociales para personas mayores en España», *Perfiles y tendencias*, n. 22, abril 2006: 38.

1740 millones € 2006 a 12000 millones € 2015



Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009

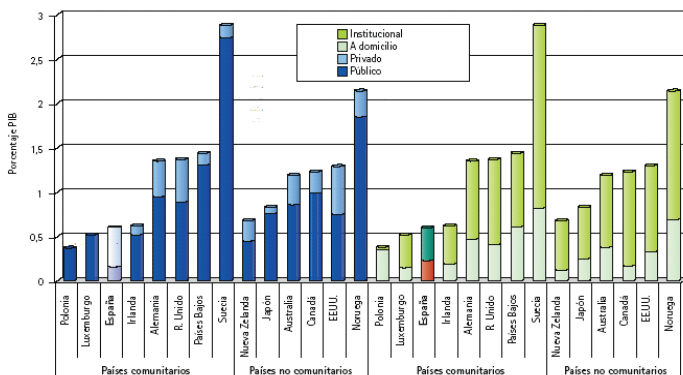


Es decir, que estamos en 0,3 del PIB y el objetivo, marcado abajo, es llegar al 1%, a nivel nacional. El 1% representa pasar aproximadamente de 1.700 millones de euros a 12.000 millones de euros destinados a los servicios de la dependencia para hacerse una idea del salto.

Y en la distribución en el entorno Europeo en términos de privado-público y en términos de institucional y domiciliario, en España pesa mucho más que la media lo privado sobre lo público en servicios de cuidados de larga duración y también en España pesa más que nada lo institucional sobre lo domiciliario, en términos de servicio, por tanto esa es la realidad que reflejan las estadísticas oficiales.

GRÁFICO 3.15

Estructura del gasto en cuidados de larga duración en algunos países de la OCDE, 2000



Fuente: OCDE, *Projecting OECD health and long-term care expenditure*, Economics Department Working Papers, n. 447. Tomado de OPM-Alborma, «Servicios sociales para personas mayores en España. Perfiles y tendencias», n. 22, abril 2006: 42.

2) El sistema de atención a la dependencia

El SAAD se basa en los principios que siguen:

Principios del SAAD

- Universalidad del servicio
- Acceso en condiciones de igualdad y no discriminación
- La equidad en la distribución territorial de los recursos.
- Promoción de la autonomía
- Permanencia en el entorno vital de la persona
- Colaboración social sanitarios y público-privado
- La coordinación y colaboración inter-administrativa



Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



Cuando hablamos del sistema de servicios , he cogido este otro esquema de Casado, para describirlo y he hecho una modificación introduciendo el redondel verde porque los mayores, pueden tener problemas de salud o problemas para realizar actividades de la vida diaria así que el redondel verde es como un regulador de flujo, una válvula para que se entienda que no son dos líneas diferenciadas, y que a lo largo del tiempo la asistencia sanitaria debe de proporcionarse independientemente de si tiene usted capacidad para actividades de la vida diaria o no. Entonces, el Sistema se compondría así: Hospitales, residencias, centros de día, atención domiciliaria y apoyo informal. Las preguntas ¿Cuáles son los servicios más apropiados en cada caso, como se deben coordinar, cual es su papel?



Casado modificada



Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



Nosotros en el SESPA, tenemos una cartera de servicios para lo que se trata del adulto y el anciano que incluye la asistencia sanitaria a domicilio, los programas para el anciano, atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales, en atención especializada hospital de día, rehabilitación, prestaciones complementarias, prestación ortoprotésica, prestación complementaria a transporte.

En la red de Hospitales tenemos 9 Generales, 4 Hospitales de apoyo complementario, que se llaman Hospitales de agudos asociados que tienen 592 camas y me interesa señalar eso y 5 clínicas con contratos por actividad dentro del Sistema Público.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN GERIÁTRICA

CENTRO	INGRESOS	H. DE DÍA	EXITUS	%
H. MONTE NARANCO	4004	15	542	46,67 %
H. CRUZ ROJA	2863	-	398	33,37 %
H. AVILES	1244	-		14,51 %
SANATORIO ADARO	467	-		5,45 %
TOTAL	8578	15	940	100 %



Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



Entre los Hospitales asociados agudos tenemos unos servicios, que son servicios de hospitalización geriátrica que se han venido desarrollando desde el año 86-87. Estos atienden anualmente a 8.578 pacientes ancianos, usuarios geriátricos, enfermos geriátricos, y tienen servicios de valoración especializados dentro de la red sanitaria.

También tenemos alguna institución en Salud Mental, que hace cuidados de larga duración, como son por ejemplo, las comunidades terapéuticas, en ese mismo año ingresaron 488 usuarios con una estancia media parcial de 105 días y parcial de 420 días, y después de esto que es la red sanitaria, seguimos el esquema de Casado, Hospitales, Residencias, Servicios; los organismos gestores del Sistema de Atención a la Dependencia en Asturias son: alojamientos residenciales por gestión directa por el ERA, por gestión indirecta por el ERA, por conciertos por el ERA, centros de día directa por el ERA, centros de día indirecta por ONGS, centros de día gestionados por la Consejería, ayudas a domicilio por los Ayuntamientos, Teleasistencia por los Ayuntamientos, otros establecimientos para discapacidad, o bien pueden ser por gestión directa o indirecta por la Consejería, por Fundaciones o por otro tipo de instituciones.

Organismos gestores de los SAAD

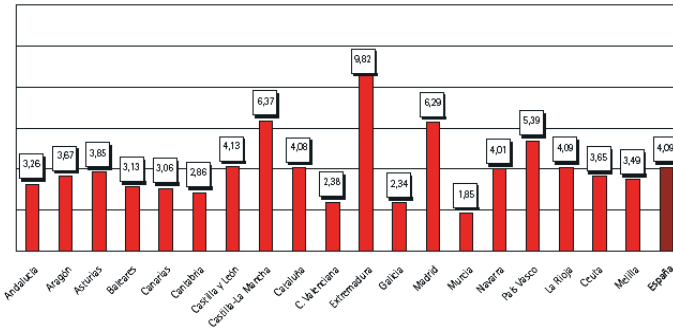
Tipo de servicio/recurso	Tipo de Gestión	Organismo Gestor	Adscripción de personal
PERSONAS MAYORES 3800 plazas residencia 1000 plazas centro día			
Alojamientos/residencias	Directa	ERA	Convenio Ppado
Residencias	Indirecta	ERA	Convenio de ONGs
Residencias	Conciertos	ERA	Convenio privado de empresas y ONGs
Centros de día	Directa	ERA	Convenio del Ppado
Centros de día	Indirecta	ONG	Convenio privado
Centros de día	Indirecta	CONSEJERÍA 467p.	Convenio privado
Ayuda a domicilio	Indirecta	Ayuntamientos 9977	Convenios privados
Teleasistencia	Indirecta	Ayuntamientos 7045	ONGs
PERSONAS CON DISCAPACIDAD 600 plazas residencia 1600 plazas centro de día			
Alojamientos/residencias	Directa	CONSEJERÍA	Convenio Ppado
Alojamientos/residencias	Indirecta	FASAD	Convenio de la fundación
Alojamientos/residencias	Indirecta	ONGs	Convenio privado
Centros de atención integral	Directa	CONSEJERÍA	convenio Ppado
Centros de día discapacidad	Indirecta	ONGs	Convenio privado

Una segunda observación que me interesa señalar entonces es que Asturias tiene múltiples organismos públicos responsables de la provisión y de la gestión de servicios similares para atender a los usuarios dependientes, lo que es una fuente de ineficiencia y de duplicidad, el ERA por ejemplo hace valoración y acceso a alojamientos, centros de día, apartamentos. Pero hay otros departamentos de mayores que gestionan también centros de día, teleasistencia, hogares y otros departamentos públicos que hacen valoraciones (PIAs), otros departamentos para gestión de centros de discapacidad, centros de atención integral.

La cobertura de servicios es comparable con la nacional, por ejemplo en hogares Asturias está por encima de la media nacional con 64,31 plazas por cada 100 mayores de 65 sobre la media de 47. Sin embargo, cuando hablamos de teleasistencia, estamos más bajos, aquí no funciona tan bien la teleasistencia. ¿Por qué? No sabemos. Tal vez, por la dispersión geográfica, porque nuestra población no está tan concentrada como en algunas ciudades, la media nacional en el 2006 era de 3,5, en el 2007 el dato era este: dábamos 7045 usuarios que eran el 2,9%. El Servicio Público de ayuda a domicilio, también está por debajo de la media nacional, en el 2007 estábamos con 9977 usuarios, es decir un año después de esta referencia, nosotros estábamos aproximadamente sobre la media nacional del año anterior.

GRÁFICO 7.4

Servicio Público de Ayuda a Domicilio. Índice de cobertura. Enero 2006



Fuente: Comunidades Autónomas, Ciudades Autónomas y Diputaciones Forales.
INE (2006), Datos de Población. Padrón Municipal 1/1/2006. Elaboración propia.

Cuando hablamos de la intensidad con la que se daba ayuda a domicilio, nosotros también estamos por debajo, dábamos menos horas que la media nacional.

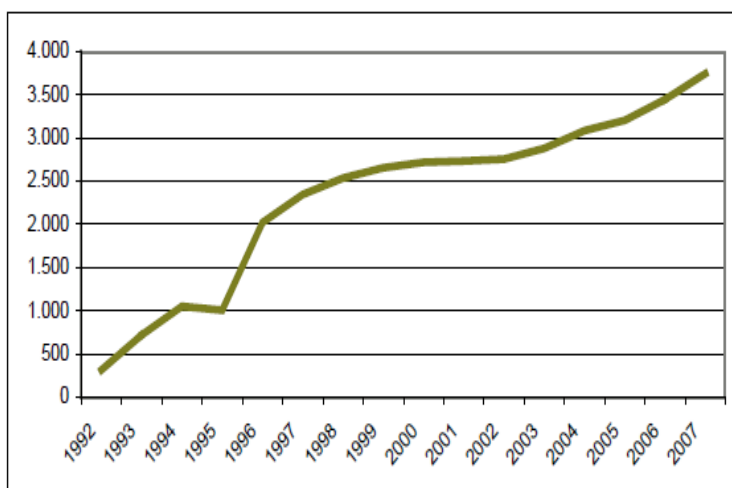
En cuanto a centros residenciales, en Marzo del 2009 tenemos en 4,8 plazas por cien mayores de 65, es decir estamos sobre la media nacional, décima arriba o abajo. No es un dato actualizado a nivel nacional, pero con los datos nacionales últimos del Imsero, podríamos decir que estamos en un buen nivel de recursos públicos.

Características de los servicios residenciales públicos

- Nivel aceptable de cobertura de plazas residenciales totales.4,8
- Escasa diversificación de servicios
- Modelo de gestión Mixto definido en la Ley 1/91: Plazas de gestión pública 34%. 66% gestión directa y 34% gestión indirecta y concertada
- Precio público de lo más bajo del Estado
- Acelerado proceso de dependencia de usuarios (LAPPD)
- Sistema de acceso que prima necesidades sociales y dependencia (87% de ingresos por alta hospitalaria o por motivos de salud)

Las plazas residenciales que existen en la región son aproximadamente 10.000, están creciendo mucho en el último año, pero también se están destruyendo plazas. El ERA, ahora tiene 3.420 plazas o sea un 34% de las plazas son de financiación pública, y de esas gestiona directamente el 24% del total de las plazas del Principado que son las de gestión directa pública. En la evolución nacional, como podéis ver aquí, del año 1999 al año 2006 la evolución significa que han ido decreciendo las plazas de gestión pública directa, en relación al total, se han ido incrementando las plazas concertadas y las plazas de gestión indirecta.

Figura 8. Evolución del número de plazas



Hay dos periodos de crecimiento de las plazas públicas, un periodo cuando se planifica el crecimiento del ERA en 1994, se planifican las plazas en el 94-95 y ocurre el gran crecimiento inmediatamente, es decir de las plazas planificadas, luego hay un estancamiento que va todo el periodo hasta el año 1999 y a partir de ahí se vuelven a planificar y hay un nuevo crecimiento de plazas hasta el año 2003 y siguientes, en el periodo 2005 y 2007 se construyen la mayor parte de esas plazas diseñadas anteriormente y hay una gran intensidad constructiva; en los últimos 10 años se construyeron 3000 plazas en total, 2000 sobre más sobre las 1000 que

existían al inicio del periodo, las dos terceras partes. Y los dos periodos corresponden a la gestión de Pepe García que está aquí escuchando y podría decir mucho más que yo.

NUMERO DE CENTROS DEL ORGANISMO POR AREAS A
MARZO 2009

	AREA I	AREA II	AREA III	AREA IV	AREA V	AREA VI	AREA VII	AREA VIII	TOTAL
CENTROS ALOJAMIENTO	5	1	6	15	10	12	3	4	56
APARTAMENTOS	0	0	0	1	1	0		0	2
CENTROS DE DIA	0	0	2	7	2	2	1	2	16
PLAZAS DEPENDIENTES/ 1000 >80a	40,97	32,47	28,78	44,86	32,07	63,32	32,35	57,39	38,28

CENTROS DE ALOJAMIENTO POR N° DE PLAZAS Y TIPOS DE GESTION

	N° DE CENTROS	PLAZAS VALIDOS	PLAZAS DEPENDIENTES	TOTAL DE PLAZAS	Plazas x 1000 =65a	Plazas x 1000 =80a
PROPIOS GESTION DIRECTA	18	568	1.675	2.243	9,52	31,79
PROPIOS GESTION INDIRECTA	8	10	289	299	1,27	4,24
CONCERTADOS	30	2	864	866	3,67	12,27
TOTALES	56	580	2.701	3.408	14,47	48,30



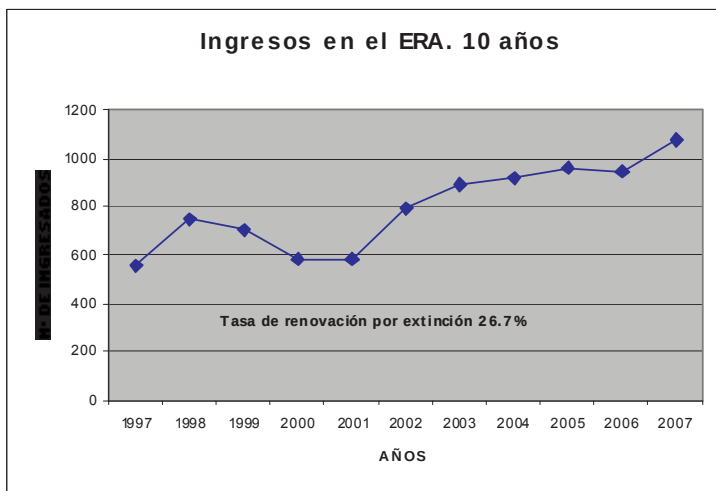
Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



En el ERA las plazas para dependientes son 2.701, las plazas para válidos 580, a fecha de hoy el número total de plazas son 3.480, claro que está en un proceso de crecimiento. Cuando vamos a compararnos con las ratios que existen por el mundo, he tomado esta referencia de Julia Montserrat, del observatorio de mayores y fijaros que aquí estamos bastante bien, que son plazas residenciales, pero volvemos a señalar que tenemos una gran diferencia con lo que son o van a ser plazas de ayuda a domicilio, centros de día, ahí es donde va a estar nuestro mayor déficit en relación con las expectativas que se generaron con ello.

Por lo tanto hay que diversificar, partiendo de que en lo que mejor estamos es en Residencias públicas, mal en Centros de día y ayuda a domicilio y también deberíamos de crecer en temporales, en estancias de día y noche y señalo aquí una cuestión más, la gestión de los PIAs: que debía de tener más en cuenta la atención progresiva. Nos está pasando que o hay Residencia o hay prestación vinculada al servicio, pero no hay otro servicio,

porque no los ofertamos y porque tampoco los Pias son capaces de indicar que tipo de servicios, por ejemplo a un usuario malamente se le indica un servicio de centro de día como alternativa o previo a un ingreso Residencial, o Residencia o no hay otro servicio. Habría que resolver esto. Los ingresos de usuarios previstos son un gran reto: los usuarios que ingresan en las Residencias públicas vienen a ser 2.000, para crecer este año a 6.100 aproximadamente, la tasa de renovación es del 26% por fallecimientos.



Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



La gestión los centros en Asturias a la luz de la Ley

El año pasado en verano se hizo una proyección del sistema financiero, de las Residencias y de las plazas, centros de día, para un periodo y entre sus conclusiones sobre el año 2012 la previsión era tener un total de 4.250 plazas en el ERA con las previsiones del programa de gobierno, que suponía un 50% de crecimiento sobre el actual, en plazas a dependientes y unas 5.200 plazas en total. Las previsiones de este estudio 2007-2012 son:

- Aumento progresivo de plazas a costa de las dependientes y reducción de plazas de autónomos. (>50% sobre el 2007)
- Incremento en Centros de día

- ❑ Aumento de las plazas de gestión indirecta y concertadas
- ❑ Aumento de costes directos e indirectos. La repercusión sobre los costes unitarios dependerá del control de precios del mercado y la oferta de concertación.
- ❑ Aumento de los ingresos por vía transferencia del Estado
- ❑ Sostenible hasta 2010 debido a un crecimiento de la transferencia. Déficit previsible a partir del 2011
- ❑ El coste medio por plaza dependiente en el 2012 se prevé de 2164 euros/mes
- ❑ Los centros de día generaran un mayor déficit si no se corrigen los precios

La repercusión sobre costes unitarios va a depender del control de precios de mercado y de la oferta de concertación, un aumento de los ingresos por vía transferencia del Estado que va a ser suficiente para sostener el Sistema al esfuerzo que está haciendo la C.A. hasta el 2010, pero no a partir de ahí. A partir del 2012 las previsiones de financiación preveían un coste medio por plaza al 2012 de 2.164 € al mes, y planteaba que habría que modificar los criterios porque el sistema no se sostendría.

Proyección de las plazas residenciales del SAAD a 2012

Proyección de plazas para dependientes ERA 2007-2012							TASA/100
Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Residencia G D	1146	1146	1146	1146	1146	1146	0,5%
Residencia G DRM	952	1025	1025	1135	1135	1135	0,5%
Residencia GI	293	293	554	690	760	892	0,4%
Residencia concertada	905	905	997	997	997	1077	0,5%
SUBTOTAL RESIDENCIA	3296	3369	3722	3968	4038	4250	1,8%
Centro Día GD	219	239	329	374	404	414	0,2%
Centro d'Día GI	28	48	108	178	228	268	0,1%
Centro Día GC	28	28	58	58	58	88	0,0%
SUBTOTAL C. DIA	275	315	495	610	690	770	0,3%
Apartamentos	174	174	174	174	174	174	0,1%
TOTAL ERA	3745	3858	4391	4752	4902	5194	2,2%



Esto me lleva a una cuarta observación: La evolución de plazas concertadas debía experimentar un empuje importante si se pretende cumplir con la Ley, que es que se prioricen los servicios sobre las prestaciones, porque si no hay plazas que ofrecer, seguiremos dando la prestación económica para que planifiquen el mercado privado.

En cuanto al número de Centros según tamaño, la gran mayoría de las 220 que hay son de menos de 50 plazas. Está modificándose un poco la previsión de construcción de plazas, en el sentido de que hoy en el mercado están poniéndose más plazas de grandes centros, pero importa esto porque es un debate sobre que tamaño tienen que tener los Centros Residenciales.

Los Centros residenciales del ERA, como estos por ejemplo que tenéis aquí, la Residencia de Infiesto, la de Avilés, la de Laviana, la de Pravia, que son las sirven como más eficientes, y están en la media de todos los centros del ERA, mas o menos, vienen a tener unas 80 u 85 plazas de media, es un tamaño, que en mi opinión no debería moverse mucho del Sistema, entre otras cosas, también porque la evolución de las plazas y la convivencia dentro de las plazas, salvo para muy grandes dependientes, en la mayoría de Europa hace que se tenga muy en cuenta las habitaciones individuales; nosotros casi siempre tenemos habitaciones dobles y si observamos las de Francia, las de Alemania , nos encontramos con unos porcentajes de habitaciones individuales crecientes, muy importante.

El problema de la gestión de los centros de estructura ligera

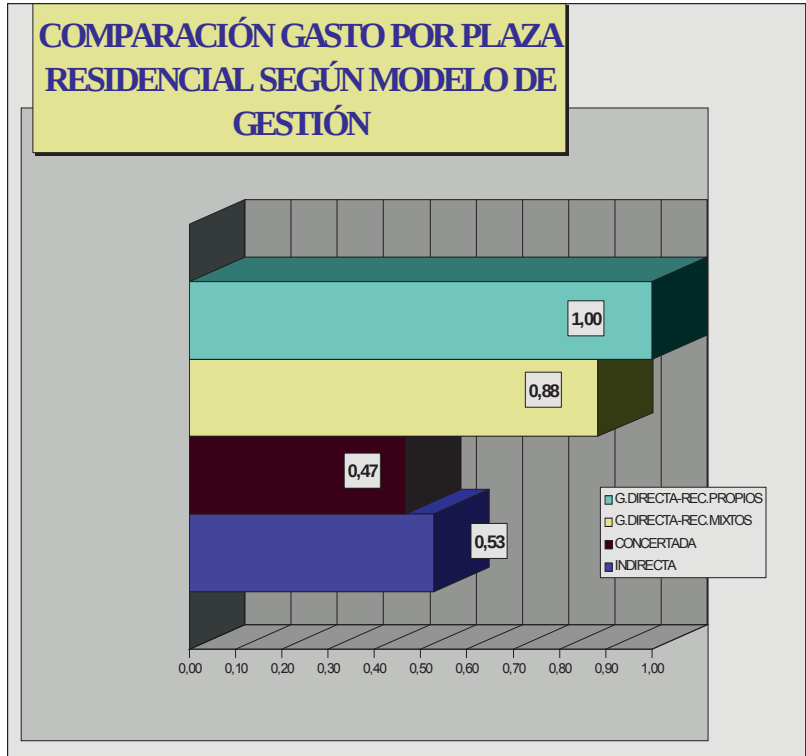
Lo que pasa con los Centros de día, este mensaje curioso de los Centros de día en Asturias que son siempre públicos, casi no los hay privados, los privados tienen 22% de las plazas y los públicos 78% y ¿Porqué será eso? y volvemos a un problema de precio, hay un problema con los precios: no se pueden pagar 400 € por un Centro de día; hemos de modificar eso si queremos dar servicios que sean secuenciales de una atención progresiva, porque si no tendremos que prescindir de esa oferta.

Además, aunque los tengamos este sistema no los gestiona bien porque lo que se está observando es que este servicio, aunque se oferte se queda vacío porque el usuario no lo elige. Y aquí hay otro tema, que es el modelo de gestión, el ERA basado en la Ley que lo creó que es la Ley del 91. La Ley 1/91 desarrolló un modelo de gestión que está basado en 4 tipos de Centros: aquellos que gestionan todo con todos los recursos propios,

aquellos que son plazas Residenciales de gestión directa del ERA, pero con recursos mixtos, recursos de los cuales ponen los propios los asistenciales pero los otros los traen de afuera, aquellos otros que son de gestión indirecta, que ya no los gestiona el ERA, si no que son Centros propios pero los saca a concurso para que los gestione un tercero y luego están las plazas que se concertan, que son de una entidad privada.

Coste medio por plaza: Este modelo ha dado lugar a un coste y a un crecimiento del coste medio como el que veis ahí, aproximadamente. Los costes medios de las plazas del ERA, oscilan según el tipo de modelo de gestión, que van desde los 2.000 € hasta los 900 €, ¿Quién cuesta menos?: el concertado.

Gasto por plaza según modelo de gestión de las plazas públicas



Es lógico, pero sin embargo, aún teniendo un peso importante de patrimonio público, el coste medio ponderado del conjunto del modelo público en Asturias es menor de lo que cuesta a nivel nacional, es decir, debido al modelo de gestión de los servicios tenemos un coste medio, o una capacidad de ofrecer plazas a un coste más competitivo que el nacional. El ERA ha trabajado con un coste medio que está por debajo de los precios medios de muchas de las CC.AA de España. Y lo que me importa subrayar con esto es que la virtud de mantener ese modelo no supone aspirar a que el ERA tenga el patrimonio de todas las plazas públicas, sino a mantener ese modelo mixto y eficiente.

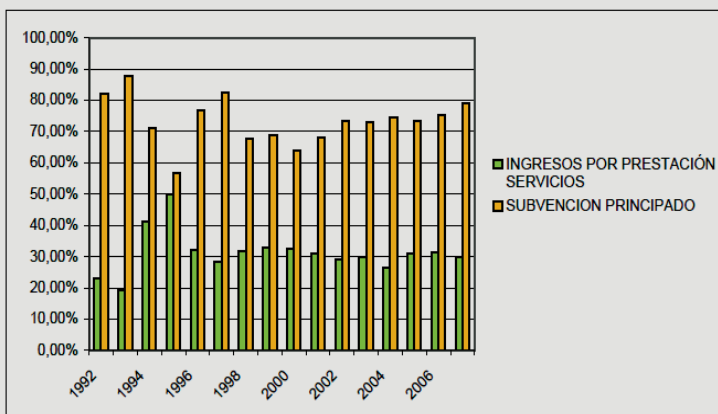
Cuando lo comparamos por ejemplo con esta diapositiva, que es de Rodríguez Cabrero sobre los costes medios en distintos escalones de servicio: en el Hospital de agudos, la unidad de convalecencia, el centro socio-sanitario, las Residencias Asistidas Públicas etc y a pesar de que esta diapositiva es de hace 2 años las magnitudes están por encima de los gastos medios del ERA.

Precios públicos 2009 por tipo de plaza. Asturias

☐ TIPO DE PLAZA	€uros /mes	€/día
☐ Plaza en residencia/ Vivienda o piso tutelado	1.229,09	40,41
☐ Plaza en apartamento amueblado individual	375,28	12,34
☐ Plaza en apartamento amueblado doble	294,26	9,70
☐ Plaza en apartamento sin muebles individual	354,80	11,65
☐ Plaza en apartamento sin muebles doble	279,75	9,20
☐ Plaza en Centro de día para mayores	614,40	12,28

Tenemos unos precios públicos, que si miráis la diapositiva anterior en costes por ejemplo de Centros de día, pues no se aproximan para nada. Los precios cubren una parte de las prestaciones del servicio, esa parte la financian las aportaciones de los usuarios por sus tarifas, la otra parte la subvenciona el Principado o el Estado.

Figura 7. Proporción de gastos cubierta por los ingresos



Por tanto, si se quiere disponer de recursos concertados de calidad los precios públicos deben de aproximarse al coste medio real, en el caso de los Centros de día, esta es una barrera importante para que exista oferta privada.

En cuanto a la organización y voy terminando, el ERA nació pequeño con 1000 plazas pero hoy en día gestiona 57 Centros, de los cuales son propios de gestión directa 19 y propios de gestión indirecta 8 y los 30 concertados, por lo tanto la estructura organizativa para esa gestión, no puede basarse en un organigrama que es una gerencia, un titulado superior o un titulado medio, que son el área económica administrativa y el área de RRHH de un titulado medio o un titulado superior. Para una plantilla de 1.119 profesionales, de los cuales con esa distribución, básicamente centrada en la asistencia en el grupo D. Esta no es un gestión empresarial acorde a las necesidades, es simplemente un servicio administrativo y creo que no puede funcionarizarse todo. Por tanto mi

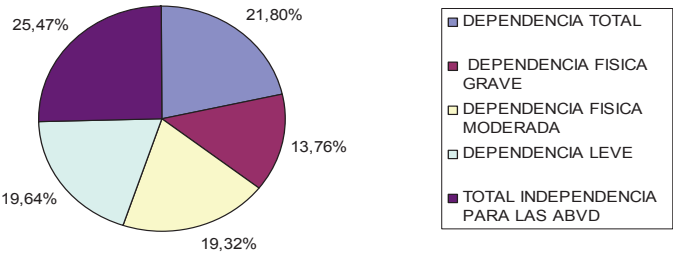
observación es que la estructura organizativa del ERA no se corresponde con la dimensión de los recursos que gestiona ni con las obligaciones que le asigna la Ley y hay que modificarla. Por ejemplo, dentro del sistema de información, no hay aún sistemas de clasificación de usuarios de acuerdo a la Ley, están poco desarrollados o no hay sistemas de gestión asistencial y la estructura organizativa actual está también muy condicionada por una política de RRHH que es la política con una estructura directiva funcionarial y con una gran endogamia en los puestos de libre designación propios de un modelo funcionarial. A este nivel la política de Administraciones Públicas es una gran dificultad.

Los problemas de gestión de personal entonces, son múltiples en la planificación y en el día a día y se reflejan en un dato tan simple, como por ejemplo que el 10% de absentismo laboral, pues es una cifra muy importante mayor incluso que en los servicios sanitarios públicos dónde está muy por debajo.

La dependencia en el ERA

Otro aspecto que nos interesa mucho, porque estamos hablando de la dependencia es la cantidad de dependientes entre los usuarios del ERA pues cada vez más, la dependencia para las actividades de la vida diaria de los usuarios de las Residencias Públicas crece. Para una total independencia el 25% y el resto son moderados o grandes dependientes excepto ese 19% que hemos visto, o sea que digamos que esta parte de la etapa son moderados o grandes dependientes en las Residencias del ERA hace 2 años.

PORCENTAJE DE USUARIOS SEGUN GRADO DE DEPENDENCIA.
Indice de Barthel.ERA 2007



Esto significa que hay que transformar la plantilla asistencial. Nosotros tenemos normado 0,3 asistenciales por usuario, un dato muy insuficiente para este nivel de dependientes. Y si miramos cualquier referencia a nuestro lado, por ejemplo Francia, ellos tienen una clasificación que nosotros aún no tenemos que son cuidados de larga duración y por grados o niveles de dependencia su encuadramiento de personal.

O sea, que los costes de la estructura de personal debe adaptarse a la progresiva mayor dependencia de los usuarios y la organización de los dispositivos debía tener en cuenta la clasificación por niveles asistenciales, ahora como sabéis, solo funciona las clases asistido/válido; bueno pues esto debería reorganizarse, porque la Ley nos lo está pidiendo, nivel 1, nivel 2 y nivel 3 de dependencia.

Recapitulando, en lo que respecta a la gestión de los servicios que conlleva la aplicación de la Ley mis impresiones son estas que os resumo:

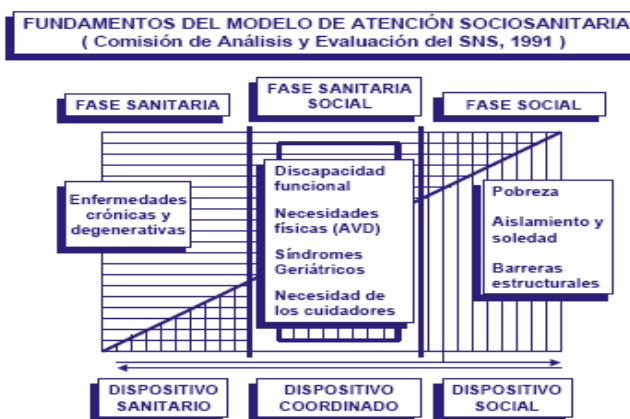
- ❑ Insuficiencia relativa de recursos. Bajo nivel de gestión de recursos ligeros:
 - Centros de día
 - Ayuda a domicilio
 - Alojamientos preventivos
- ❑ Modelo de gestión indefinido.
 - Publico-privado
 - Tamaño de los centros
 - Niveles de complejidad y coste
- ❑ Dispersión de la gestión de los servicios: numerosos centros gestores.
- ❑ Estructura de gestión débil y escasa autonomía.
- ❑ Gestión burocrático-administrativa de personal
- ❑ Sistemas de información disgregados y pobres
- ❑ Gestión asistencial rudimentaria
- ❑ Escasa coordinación con el sector sanitario

Y los retos de gestión conllevan como he dicho más arriba diseñar un modelo de gestión de los servicios de la dependencia que suponga eficiencia y sostenibilidad a largo plazo lo que supone:

- Adecuar el coste real de los servicios y su ordenación financiera,
- Resolver la dispersión organizativa de los servicios sociales públicos y su heterogénea regulación
- Evitar la duplicación de servicios iguales en diferentes órganos de gestión: centros de día para mayores
- Generar un sistema de información de servicios sociales competente
- Establecer una política de personal que responda a las necesidades asistenciales.
- Garantizar la continuidad asistencia

3) La continuidad asistencial a los dependientes desde los servicios sanitarios y sociales. La atención socio – sanitaria.

Y ahora voy con el segundo capítulo que he señalado que es la necesidad de garantizar la continuidad asistencial y eso implica a los servicios sanitarios y sociales. El modelo de la Comisión Abril ya planteaba esta necesidad y dio lugar a un gran cambio, aunque nunca se consiguió un dispositivo coordinado como se planteaba.



Después hubo otros intentos como fue el acuerdo de ambos ministerios de 1994 y la Ley de Cohesión en 2003. El último gran intento de incluir lo socio sanitario en la cartera de servicio comunes del SNS quedó pospuesto a la promulgación de la Ley de dependencia. Y ahora seguimos en la misma coyuntura. Y es que uno de los puntos negros de los sistemas sanitarios modernos es la atención integral. La coordinación efectiva de los cuidados es mejor y más barata, y demasiado a menudo no se da. De acuerdo con la OCDE¹ “la organización de la atención de salud, los hospitales, los médicos operan típicamente como “silos” separados entre sí”.

Características del paciente que requiere atención socio-sanitaria prolongada:

1. ***Presencia de ENFERMEDAD CRONICA clínicamente objetivable, que genera***
2. ***PERDIDA DE AUTONOMIA en el individuo e incapacidad total o parcial para resolver sus necesidades básicas, y en consecuencia***
3. ***DEPENDENCIA DE CUIDADOS CONTINUADOS sociales y sanitarios cuya asignación exige***
4. ***MEDIACION entre el individuo y los servicios prestadores de los cuidados e implica la***
5. ***CONSTRUCCION motivada y responsable de la demanda por los profesionales.***

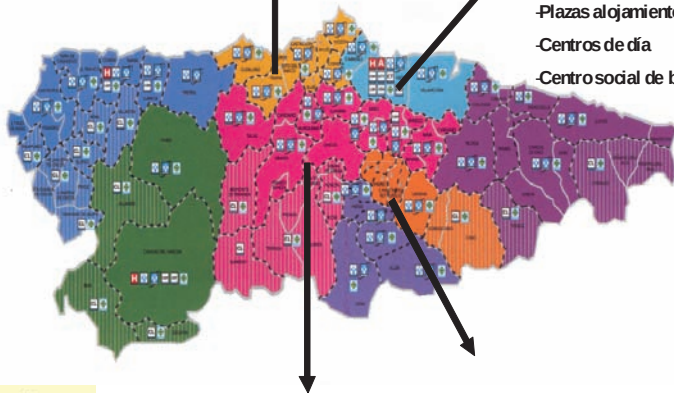
Conocemos las características de los usuarios dependientes con necesidades de cuidados prolongados sanitarios y sociales. Y sobre esta base habrá que organizar el principio de continuidad de cuidados y atención socio-sanitaria. Las dificultades surgen en primer lugar porque la atención que prestamos no se centra en los pacientes y hay un gran déficit en el trabajo de equipo. Un equipo de atención a un paciente es un grupo de clínicos y profesionales diverso que interactúan y se comunican regularmente sobre la atención de un paciente o un grupo de pacientes.

¹ The Health of nations. A Survey of health-care finance. July 17 2004

SISTEMA SOCIO-SANITARIO EN ASTURIAS. ATENCION A MAYORES DEPENDIENTES

AREAS CON TODOS
LOS NIVELES DE
RECURSOS

- A.Primaria y AE
- Servicio de Geriatria
- Unidad de convalecencia
- Plazas residenciales dependientes
- Plazas alojamiento temporal
- Centros de día
- Centro social de base



Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



Y sabemos también que el grupo de usuario complejos con enfermedades crónicas que exigen un seguimiento importante o específico, apenas suponen el 10% de todos los crónicos en una pirámide como la que os reflejo en la diapositiva. Para esto es precisamente para los que habría que disponer un sistema de gestión de casos.

Además está el tema de la telemedicina y de las tecnologías de comunicación actuales, que son capaces de resolver las dificultades físicas de ubicación de los equipos y de los usuarios.

Así que el buen trabajo en equipo, la clasificación de ese 10% de pacientes que necesitan gestión individualizada del caso, el uso de las actuales tecnologías de la comunicación son herramientas que podrían facilitar grandemente la mejora de la continuidad de cuidados. Siempre que estas herramientas se aplicasen sobre Administraciones como son la social y la sanitaria, con un objetivo común, es decir coordinadas, que ahora no lo están ni tienen objetivos comunes.

Dónde estamos en Atención a mayores

- ❑ Asistencia sanitaria : adecuado nivel de medios.
- ❑ Recursos sociales normalizados para dependientes: nivel estatal medio. Necesidad de Ordenar el SAAD
- ❑ Cuidados de larga duración: déficits de atención socio sanitaria :
 - Tenemos los elementos
 - Tenemos las Leyes
 - Faltan mejorar las relaciones entre los dos sistemas:
 - ❑ Establecer una relación de "gestión de casos complejos" entre ambos: Larga estancia, Servicios de Geriatria, Servicios de S Mental
 - ❑ Redefinir los niveles de asistencia a los dependientes
 - ❑ Compartir la información clínica : OMIAP
 - ❑ Organizar la provisión de fármacos y su control.
 - ❑ Desarrollar el Área Socio-sanitaria: EVCG



Jornada sobre la Sanidad Asturiana 30 de marzo del 2009



En Asturias tenemos una estructura proclive a esa coordinación que muchas veces falla. Con esta estructura que refleja la diapositiva, creo que no es difícil poner en relación los servicios sociales y sanitarios, de forma similar a como lo planteaba el modelo de 1996 para cada Area Sanitaria. Al menos para organizar esa gestión de casos complejos. Las ventajas son muchas desde el punto de vista asistencial pero, a su vez, los pocos puntos de encuentro que se han experimentado han generado resultados. Y en definitiva en el corto plazo podrían resolverse cuestiones como estas:

1. Sistema único de acceso a los servicios públicos. Redefinición de la "entrada al servicio".
2. Estudio y reasignación de las plantillas asistenciales de enfermería, T.O y auxiliares en función de la dependencia.
3. Implantación de un sistema de información compartido para la atención asistencial (OMI-AP o Selene) en todos los centros e instituciones residenciales.

4. Implantación de un sistema de gestión farmacéutica (reducción del gasto 20% , mejora de la seguridad y mayor eficiencia en la dedicación asistencial)
5. Implantación de un modelo de gestión de casos complejos entre el SESPA y los servicios institucionales (ERA). Mediante la reordenación de recursos propios: reorganización del personal médico.
 - a). Actualmente la cobertura de asistencia médica se realiza por los centros de salud. Sin embargo la problemática que se plantea en la Areas V, IV, VII, VIII, III, podría tener un enfoque de cooperación asistencial, situando en esta Áreas la mayoría de las plazas de convalecencia temporal y de gran dependencia, mediante la reordenación de recursos propios.
6. Creación de un importante volumen de plazas para ingreso temporal, dentro de las de nueva creación. Lo que posibilitaría una relación de servicio más ágil entre ambos sistemas.
7. Definición de la atención de salud mental, salud bucodental y otras específicas en los centros de servicios sociales.
8. Afrontar los gastos compartidos de transporte y gestión duplicada de servicios.

En definitiva y con esto termino: la situación no es mala, porque tenemos los medios, tenemos las leyes es decir, que tenemos todos los elementos para que funcione el sistema. Solamente hacen falta las relaciones entre estos elementos que es lo que falla.

SEGUNDO SIMPOSIUM
LA GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

***“LA ADECUACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS
A LAS PARTICULARIDADES DE LOS ANCIANOS”***

JUAN SOLANO

Jefe de Servicio de Medicina Interna y Geriátría del Hospital Monte Naranco

30 DE MARZO DE 2009

CONFERENCIA

Buenas tardes a todos.

Me gustaría comenzar constatando la modificación del perfil de los asistentes al grupo de conferencias que nos ocupa en el día de hoy, en relación a los días previos. Han cambiado las personas. Se diría que los problemas relacionados con el anciano resultan ajenos al sistema de salud, o al menos tangenciales al grueso de su actividad. Y ello a pesar del enorme envejecimiento poblacional del principado de Asturias. Los sistemas de salud no son aún totalmente conscientes de los nuevos retos planteados por esta situación. Y quien no es capaz de hacerse cargo de un problema forma parte de él.

Sería posible trazar la historia de la atención al anciano en los países occidentales a partir de varios puntos geográficos y temporales, pero siempre nos encontraríamos con un cierto aura de marginalidad que aún persiste en nuestros días. Para nuestro propósito, seguiremos el esquema propuesto por J.C. Brocklehurst para el Reino Unido, dotado de la suficiente coherencia como para extraer conclusiones útiles a partir del mismo.

Para él, los problemas planteados por la atención de las poblaciones en mayor situación de necesidad (los ancianos entre ellas), comienzan a hacerse visibles con la liquidación del sistema eclesiástico de beneficencia. Relaciona este punto con la escisión entre la Iglesia de Inglaterra y la Iglesia de Roma como consecuencia de las relaciones del rey Enrique VIII con Ana Bolena, y la negativa papal al divorcio de aquel de Catalina de Aragón (1533).



El celo de Thomas Cromwell en la destrucción de la estructura asistencial proporcionada por los monasterios a la población necesitada hace explícita la ausencia de una alternativa en aquel momento.



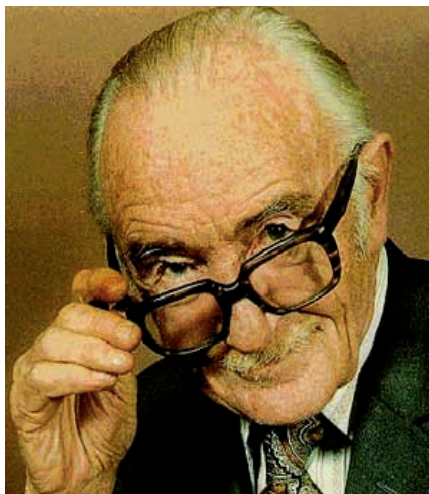
[illegible]

En 1932, Marjory Warren, médico asistente del West Middlesex County Hospital, - ver siguiente imagen -, se hizo cargo de una de estas enfermerías, demostrando que tras una adecuada evaluación y tratamiento de los ancianos allí ingresados podía reintegrarse a la comunidad una muy elevada proporción de los mismos. Habían comenzado a mostrarse los beneficios de la “Valoración Geriátrica Integral”, y se habían establecido las bases de desarrollo de la Geriátrica como especialidad médica. La Geriátrica conoce a partir de entonces su máxima expansión en este país, donde tiene presencia en todos los hospitales de distrito, existiendo en la actualidad numerosas cátedras universitarias (la primera de ellas ocupada por Sir Ferguson Anderson en Glasgow).



Este movimiento ha derivado hacia la constatación de un beneficio de la intervención cada vez más precoz en la historia de la enfermedad del anciano, hacia la prevención del desarrollo de incapacidad más que hacia la atención, también necesaria, de las consecuencias derivadas de la misma.

A su demostración no ha sido ajeno el movimiento de la medicina y atención sanitaria basadas en evidencias. En concreto, la colaboración Cochrane, ha dedicado varias revisiones sistemáticas y meta-análisis a este ámbito, otorgando un máximo nivel de recomendación a las unidades de agudos y de rehabilitación de Geriátrica.



Por lo tanto, beneficio asistencial claro de este tipo de enfoque.

En Estados Unidos, entre tanto, y especialmente a partir de la creación del National Institute of Aging (NIA) en 1974, con Robert Butler como director fundador, se inicia una imparable carrera en la investigación de las bases biológicas del envejecimiento. Se ha establecido de modo suficientemente fundamentado que el sustrato fisiológico sobre el que asienta la enfermedad en el anciano es un sustrato diferente, se regula de modo diferente, y origina presentaciones clínicas y exigencias de tratamiento distintas. En consecuencia, requiere conocimientos especiales.

Lo más característico de esta fisiología diferencial se aprecia en las respuestas al estrés, que muestran una amplitud y frecuencia progresivamente menores que en sujetos más jóvenes.

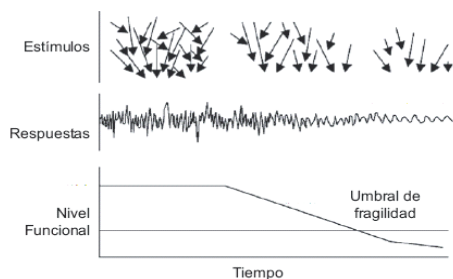


Figura 1. Relación entre frecuencia de estímulos, amplitud de respuesta y nivel funcional en el paciente anciano.

Esta reducción en el repertorio de respuestas dificulta el acceso a nuevos estímulos, retroalimentado el proceso. Esta alteración se verifica tanto en lo que hace referencia al organismo en su conjunto, como a nivel de órganos y sistemas y en el funcionamiento celular.

En este último caso, los avances en el conocimiento han sido enormes, implicando estirpes celulares de las que se creía tendrían escasa influencia, como el adipocito, y otras más obvias por su actuación como efectores, como las células musculares. En cualquier caso, el carácter de la respuesta a los estímulos es bastante sistémico y monomorfo, consistiendo en liberación de mediadores inflamatorios y especies reactivas de oxígeno que originan una situación de estrés a nivel de organelas subcelulares como el retículo endoplásmico, y como consecuencia un depósito de proteínas anormales. Esta fisiología, relacionada con el envejecimiento, se ve acentuada en condiciones de hipoxia y se asocia con la mayor parte de la enfermedades crónicas más frecuentes (Enfermedad pulmonar obstructiva

crónica, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular agudo, diabetes mellitus, enfermedad de Alzheimer) y, en último extremo, con el desarrollo de incapacidad.

Es decir, cuando hablamos de poblaciones envejecidas estamos hablando de individuos con menor capacidad de respuesta al estrés, con predisposición a la enfermedad crónica y a la incapacidad que se ve justificada por sus condiciones fisiológicas especiales (situación pro-inflamatoria y pro-oxidante). ¿Tenemos en cuenta estas características especiales desde el sistema de salud? ¿Cómo se ordenan los contactos del anciano con el mismo? ¿Se tiene en cuenta la importancia de la prevención de la incapacidad?

Nuestro grupo se ha preocupado de conocer las consecuencias de la hospitalización en el anciano durante los últimos años, interesándose en los posibles factores que se asocian al desarrollo de incapacidad secundariamente a la misma. Parece lógico que en este continuo disfunción celular-disregulación fisiológica-reducción de reserva orgánica-enfermedad crónica-alteración de la respuesta al stress-incapacidad, la inserción de una hospitalización (adecuadamente indicada o no) supone una sobrecarga que incrementa la posibilidad de deterioro funcional. ¿En qué proporción de casos?

Según nuestra serie, hasta un 30% de los ancianos que sufren un ingreso hospitalario en relación con una enfermedad no directamente incapacitante (insuficiencia cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica fundamentalmente) pierden alguna capacidad para la realización de actividades de la vida diaria, pérdida que persiste al mes del alta hospitalaria, y que se puede considerar irreversible a los tres meses del ingreso.

Mediante una adecuada valoración en el momento del ingreso es posible acercarse al riesgo de incapacidad de un individuo concreto, ya que esta es superior ante presentaciones atípicas de la enfermedad (más probables cuanto menor reserva fisiológica existe) como el síndrome confusional agudo o las caídas, ante la presencia de deterioro funcional en el momento de la consulta o ante el diagnóstico previo de demencia. Estos sujetos serían, teóricamente, los más susceptibles de una intervención de orientación funcional, como la propia de la geriatría. Desde un punto de vista operativo, este tipo de presentación de la enfermedad es tanto más probable cuanto mayor es la edad del paciente, por lo que puede utilizarse el

corte de edad (por encima de 75 años) como próximo a la situación de riesgo.

El beneficio obtenido por un abordaje basado en la valoración geriátrica es mayor cuando se cumplen las siguientes premisas:

1.-Adecuada selección de la población, basada en criterios de edad como variable próxima, o en criterios más específicos como los anteriormente expuestos.

2.-Actuación precoz, antes de que la incapacidad se fije, haciéndose irreversible (decondicionamiento)

3.-Estructura asistencial y posibilidad de continuidad de cuidados.

4.-Formación específica en fisiología del envejecimiento, repercusión funcional de la enfermedad, toma de decisiones clínicas en el paciente anciano y manejo de los niveles asistenciales.

De entre los aspectos que hemos ido hilvanando lógicamente, dos merecen, desde mi punto de vista, una atención especial.

El primero de ellos se refiere a la importancia de una captación precoz de los casos, que multiplica exponencialmente nuestras posibilidades de actuación, posibilitando el beneficio funcional del paciente. Desgraciadamente este principio, bien demostrado científicamente, se opone a la corriente general de pensamiento que relaciona la Geriátrica exclusivamente con el cuidado continuado, el cuidado paliativo o el abordaje de las problemáticas sociales. Es necesario, pues, un cambio de cultura, la concienciación de los profesionales de la salud a este respecto, e incluso la reorientación de las demandas sociales, centradas actualmente de modo predominante en la consecución de una ubicación a largo plazo para llevar a cabo los cuidados de atención directa.

En esta línea, actualmente se plantea que los servicios de urgencia constituyen un punto crítico del sistema de salud que debe reorientarse hacia la población anciana. Se dice incluso que el Servicio de Urgencias debería ser uno de los niveles asistenciales más involucrado en la realización de valoración geriátrica, en la correcta ubicación de los ancianos en el sistema. En esta dirección, nuestro servicio de Geriátrica lleva años construyendo una sólida relación con el Servicio de Urgencias del Área IV, que ha llevado a la presencia física de consultores de Geriátrica en el mismo, y que ha demostrado capacidad para evitar ingresos innecesarios y potencialmente iatrogénicos, y a una satisfacción general de los profesionales implicados (tanto médicos de urgencias como geriatras). Este

proceso ha culminado en una propuesta para la especialización de un área del servicio de urgencias en la atención al paciente anciano (Atención Urgente de Geriátrica –AUGE–), con personal específicamente orientado a la resolución de problemas en esta población, y con características estructurales y funcionales especiales. Podemos felicitarnos por esta nueva sensibilidad, por nuestra orientación hacia el futuro y hacia una innovación que permitirá atender mejor las necesidades de nuestros clientes.

El segundo aspecto, claramente relacionado con el anterior, que tengo interés en desarrollar más despacio es el referido a la adecuada selección de pacientes candidatos a determinados tipos de tratamiento, a tratamientos y medios diagnósticos de mayor o menor intensidad. Es importante tener un conocimiento exhaustivo de los factores que nos permiten establecer un pronóstico en relación a la respuesta esperada de un anciano a una determinada intervención sanitaria. Entre ellos, el de mayor poder predictivo es, nuevamente, la capacidad funcional. Si no disponemos de este dato, ya que no hemos llevado a cabo una valoración adecuada (y ésta no se lleva a cabo, salvo en muy contados casos, fuera de los servicios de Geriátrica) ponemos a nuestros pacientes ancianos en riesgo de sobre o infra-diagnóstico y sobre o infratratamiento. La probabilidad de sobre-diagnóstico y sobre-tratamiento (la utilización de medios de los que no es esperable beneficio para el paciente) es tanto mayor cuanto menor es la capacidad funcional del individuo, mientras que la probabilidad de infradiagnóstico e infratratamiento (no utilización de medios de los que es posible que se derive beneficio) es tanto mayor cuanto mayor es la capacidad funcional del sujeto. Es decir, estamos obviando en un muy elevado número de casos el principal factor objetivo que nos ayudaría en nuestra toma de decisiones clínicas, incrementándose nuestra probabilidad de error si utilizamos únicamente la edad como elemento decisorio para el acceso a, o denegación de, tratamiento.

Desde la perspectiva de la gestión, nuestro sistema de salud también se encuentra escasamente preparado para analizar sus resultados (especialmente su eficiencia) respecto a este grupo de edad. Teniendo en cuenta la condición de la funcionalidad como principal factor pronóstico de beneficio de nuestras intervenciones en salud, este parámetro debería ser tenido en cuenta en cualquier sistema de información que fuera utilizado como apoyo para la toma de decisiones en planificación sanitaria. La realidad, sin embargo, es otra. Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico,

el sistema de clasificación de pacientes habitual en la medición del producto hospitalario, no contempla la función como variable de ajuste, a pesar de que en repetidas ocasiones (nuestro grupo lo ha hecho) se ha demostrado que los resultados esperables en mortalidad, estancia media, consumo de recursos de atención directa y de pruebas diagnósticas son diferentes para cada grupo funcional.

En definitiva, el envejecimiento de la población plantea problemas especiales a los sistemas sanitarios, exige conocimientos especiales a los profesionales de la salud, y requiere instrumentos especiales para la toma de decisiones correctas a nivel individual y poblacional. Hasta el momento, y a pesar de una progresiva toma de conciencia de la situación, se ha hecho énfasis únicamente sobre las estructuras de soporte social que la generación de incapacidad plantea en el anciano. Los sistemas de salud se muestran refractarios a evaluar su papel y a la corrección de sus actuaciones.

Citando al Padre Feijoo, en sus cartas eruditas:

Pero, Excelentísimo Señor, ni de mis declaraciones, ni de las de otro algún particular creo se puede esperar mucho fruto, en orden a introducir, y extender el conocimiento de las Ciencias y Artes útiles, de que en España hay tan escasa noticia. Es menester buscar más arriba el remedio, y subir hasta el Trono del Monarca para hallarle. ¿Y cuál es éste? La erección de Academias Científicas debajo de la protección Regia; por lo menos de una en la Corte, a imitación de la Real de las Ciencias de París.”

¿Se podría plantear la creación de una academia del envejecimiento? Por nuestro actual volumen de conocimientos no sería descartable. Por nuestra actitud al respecto, impensable.

Muchas Gracias a todos.



SEGUNDO SIMPOSIUM
LA GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

***“¿ES NECESARIO MEDICALIZAR A LOS ANCIANOS EN LOS
CENTROS DE ALOJAMIENTO?”***

JOSÉ GUTIERREZ
Director Médico OVIDA Centro Intergeneracional

31 DE MARZO DE 2009

CONFERENCIA

Tradicionalmente se había descrito que la problemática social era la principal causa de institucionalización en las personas mayores. Por ello, durante las décadas de los 80 y 90 fueron definidos y desarrollados centros residenciales de atención a largo plazo que basándose en un concepto simplista de alojamiento, incorporaban una atención dirigida a cubrir básicamente las necesidades sociales de sus usuarios.

Sin embargo, durante los últimos años se ha detectado un cambio en las necesidades de atención de los nuevos residentes, de forma que las situaciones de incapacidad y dependencia funcional han pasado a ser las causas más prevalentes de ingreso en un centro residencial.

Así, diversos autores refieren que la institucionalización suele venir precedida de un deterioro funcional secundario a una hospitalización por enfermedad aguda y que patologías como el deterioro cognoscitivo, la fractura de fémur o la presencia de una enfermedad crónica evolucionada, como la insuficiencia cardíaca, son motivos que con mucha frecuencia se asocian al ingreso en un centro para mayores. (1-3).

Este cambio en las características de los pacientes institucionalizados también se ha ido produciendo en nuestra comunidad, como se ha detectado al estudiar y describir las características de los sujetos ingresados en los centros residenciales gestionados por el Organismo Autónomo ERA de la Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias. (4).

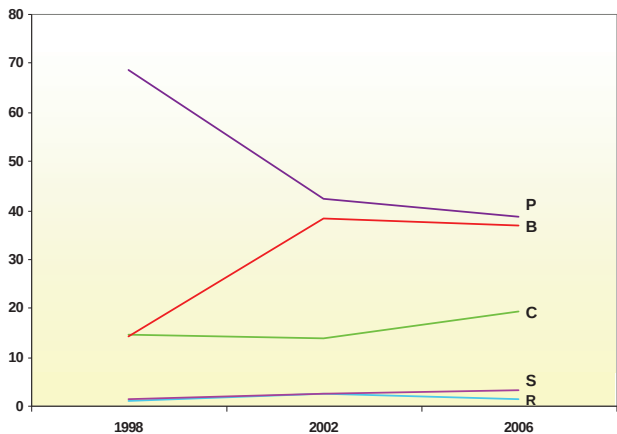
En este estudio se clasifican los usuarios de los centros utilizado el sistema de RUG-T18, que diferencia 5 grupos de pacientes en función del consumo de recursos:

- 1) Ancianos con necesidades de rehabilitación (grupo R).
- 2) Pacientes con necesidades de cuidados especiales como aspiración nasogástrica de secreciones respiratorias, alimentación parenteral, coma o úlceras de decúbito grado IV (grupo S).
- 3) Sujetos clínicamente complejos, con necesidad de oxígeno terapia, presencia de úlceras vasculares, úlceras por presión, deshidratación, infecciones recurrentes o patología crónica que requiere visita médica y cuidados de enfermería diarios (grupo C).
- 4) Ancianos con alteraciones de la conducta (agresión, insultos, alucinaciones, conducta regresiva, insomnio, vagabundeo...), que precisen reajuste de medicación y control de psicofármacos (grupo B).
- 5) Sujetos con funciones físicas disminuidas que requieran ayuda en el desempeño de sus actividades básicas de la vida diaria o de cuidado personal (grupo P).

Mediante un estudio de investigación realizado entre los años 1998 y 2006, han detectado un cambio en la tipología de los residentes ingresados en los centros residenciales del Organismo ERA y han constatado un incremento en los grupos de pacientes con alteraciones de la conducta y clínicamente complejos (grupos B y C) y una disminución de los sujetos con funciones físicas disminuidas o grupo P.

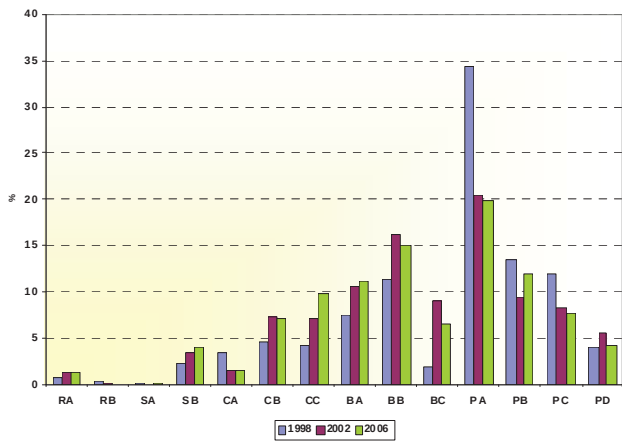
Vease el siguiente gráfico.

Figura 1. Evolución de la complejidad de los sujetos institucionalizados en centros del Organismo ERA



Así mismo, también han constatado un cambio similar en los sujetos demandantes de plaza residencial que se encuentran en situación de espera para ser institucionalizados. De forma que entre los sujetos en lista de espera también han disminuido los del grupo P y se han incrementado los pacientes pertenecientes a los grupos B y C.

Figura 2. Evolución de la complejidad de la demanda en sujetos en lista de espera de ingreso en centros residenciales del Organismo ERA



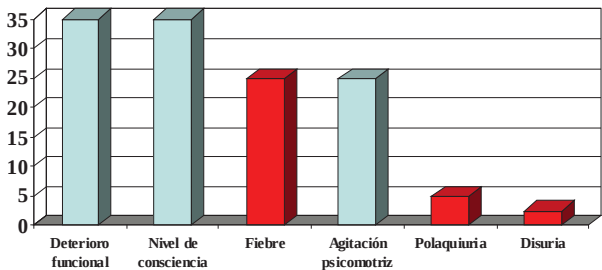
Este cambio en la tipología de los usuarios ha condicionado un aumento de la complejidad de los residentes, de la importancia de los problemas sanitarios, de las necesidades de atención, de la carga de cuidados, de las necesidades de personal de atención directa y, consecuentemente, del coste de los cuidados sanitarios y sociales.

En el momento actual, la demencia y las alteraciones de la conducta asociadas son los principales motivos de institucionalización, de forma que entre el 60% y el 80% de los pacientes ingresados en centros residenciales para la tercera edad presentan algún grado de deterioro cognoscitivo, cifra que en los centros del Principado de Asturias se sitúa en el 76%. (5-6).

En el momento del ingreso en una institución residencial, este tipo de sujetos no solo presentará problemas sociales, si no también toda una serie de problemas sanitarios que complicarán las necesidades de intervención. Se han descrito alteraciones de la marcha en un 70% de los casos, incontinencia urinaria en un 60%, polifarmacia en un 45%, caídas en un 42% y úlceras por presión y situaciones de malnutrición en más del 20% de ellos.

A todos estos problemas sanitarios, hay que sumarle las dificultades en el manejo diagnóstico y terapéutico a lo largo del ingreso, como son la elevada frecuencia de infecciones respiratorias y del tracto urinario (con una incidencia anual del 30 y del 35% respectivamente) y la presentación atípica de la enfermedad.

Figura 3. Síntomas iniciales de sospecha de infecciones urinarias



A este respecto en la figura 3 podemos ver los resultados obtenidos en un estudio realizado en uno de nuestros centros, donde se detectó que en la mayoría de los casos las infecciones del tracto urinario se presentan con síntomas tan atípicos como la aparición de nueva incapacidad funcional o la alteración del nivel de dependencia.(7).

Esta dificultad sobreañadida, requerirá una formación especial tanto del personal sanitario como del de atención directa, con el objetivo de detectar a tiempo los problemas y pautar la medidas terapéuticas necesarias para prevenir el deterioro y la incapacidad funcional.

En definitiva, las características de los pacientes institucionalizados ha ido cambiado progresivamente hacia una tipología de usuarios con mayor carga de problemas sanitarios, la comorbilidad en el momento del ingreso se ha visto incrementada acompañándose de mayor presencia de síndromes geriátricos y el manejo diagnóstico y terapéutico diario se ha complicado por la necesidad de conocer las diferentes formas de presentación atípica de la enfermedad en el anciano.

Todos estos cambios han condicionado que actualmente para poder mantener una adecuada calidad asistencial en los centros, nos veamos obligados a reorganizar los recursos humanos con mayor presencia de personal sanitario. En caso contrario, se verá incrementada la carga de trabajo hacia Atención Primaria, así como los traslados a los servicios de urgencias y las hospitalizaciones, con lo que se realizarán actuaciones tardías sobre las crisis agudas, se aumentarán los costes sanitarios y se disminuirá la calidad de vida de los residentes. (8).

Estas nuevas necesidades de cuidados y de reorganización de recursos, servicios y personal, han influido sobre distintos organismos implicados en diseñar políticas de calidad asistencial en las instituciones residenciales, quienes han establecido que los recursos humanos han de adaptarse a las necesidades de los usuarios y que la cartera de servicios debe incluir una atención sanitaria que comprenda las actuaciones propias de la medicina asistencial, así como el desarrollo de programas de rehabilitación relacionados con la fisioterapia y la terapia ocupacional. (9). Así mismo, deben establecerse protocolos que garanticen la asistencia sanitaria, un sistema de seguimiento y revisión médica, protocolos de seguimiento de los síndromes geriátricos, controles periódicos de constantes habituales como la tensión arterial, temperatura, glucemias capilares, balance hídrico, etc, protocolos de control de sondas y ostomías, cura de úlceras por presión...

A su vez, deben implantarse una serie de indicadores de calidad asistencial (10) dentro de los cuales es necesario incluir las complicaciones médicas, el consumo de fármacos, el desarrollo de úlcera por presión, los traslados a urgencias, las hospitalizaciones, el deterioro cognoscitivo, la depresión, la evolución funcional, las caídas...

Todas estas necesidades de atención sanitaria también son percibidas por los usuarios. En un estudio sobre la percepción subjetiva de calidad en centros residenciales para la tercera edad los clientes de diversos centros manifestaban que tener médico y enfermera a su disposición, siempre que se necesitara, eran dos de los 15 indicadores de calidad asistencial más importantes. (11).

En el momento actual, nuestra comunidad autónoma tiene una deuda pendiente con esta necesidad de reorganización de los servicios residenciales. Entre la población anciana institucionalizada en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias es posible describir al menos tres subgrupos de residentes en función de sus necesidades de cuidados:

1) Ancianos con necesidades de cuidados predominantemente “hosteleros” condicionadas por su problemática social de base, sin incapacidad funcional ni problemas sanitarios complejos asociados.

2) Ancianos en situación de dependencia funcional leve o moderada y con problemas sanitarios asociados a enfermedades crónicas.

3) Ancianos con dependencia funcional grave en situación de vida cama-sillón y con problemas “médicos” complejos que condicionan una elevada carga de cuidados sanitarios.

Hasta el momento actual, la carencia de una guía para el desarrollo de los servicios de atención al anciano ha conducido a la existencia de múltiples estructuras, escasamente definidas y evaluadas, que utilizando diferentes recursos pretender dar respuesta a problemas semejantes.

A este respecto la definición tradicional de las residencias en “centros de alojamiento para mayores” ha ido perdiendo vigencia, hasta mostrarse completamente insuficiente para definir las posibles “carteras de servicios” ofertadas por los centros.

De echo, el incremento en la complejidad de los residentes debería condicionar la necesidad de desarrollar servicios cada vez más especializados, que pudieran dar respuesta a las necesidades reales de los ancianos.

La gran mayoría de residencias de nuestro entorno, ante los limitados recursos de los que disponen, tan solo pueden acoger ancianos con necesidades de cuidados predominantemente “hosteleros”.

En este ámbito asistencial, debe considerarse la imperiosa necesidad de definir y desarrollar centros de atención a largo plazo que superando el concepto de “centros de alojamiento” incorporen una atención adecuada a las necesidades de los usuarios que requieren cuidados con mayor “contenido sanitario”:

Estos centros, deberían ser gestionados como centros especializados y ofrecerían una cartera de servicios dirigida a cubrir todas y cada una de las necesidades de atención social y sanitaria de sus residentes.

En definitiva, para mejorar nuestro sistema de atención residencial para personas mayores debería establecerse una clara diferencia entre las ofertas actuales, distinguiendo entre centros de atención social y centros de atención social y sanitaria. De esta forma el usuario podría llegar a distinguir aquellos proyectos dirigidos a ofrecer una asistencia de la máxima calidad con especial atención en su diseño arquitectónico, las unidades funcionales, el equipamiento, los ratios de personal y el nivel de formación y experiencia del capital humano.

Esta propuesta no es nueva y ya se ha materializado en otros ámbitos asistenciales donde la atención residencial a largo plazo está más desarrollada y donde han clasificado los centros en función del grado de atención sanitaria dispensada, diferenciando entre otros “personal care homes” sin enfermería, “personal care homes” con enfermería y “nursing homes”.

Si bien la clasificación de los centros puede realizarse en función de sus programas asistenciales, su pertenencia a diferentes espacios sociales o sanitarios, las fuentes de financiación, la tipología de usuarios..., existen experiencias en nuestro entorno que han establecido un sistema de clasificación jerárquica que permite clasificar los centros en función de su cartera de servicios y de la tipología de usuarios que pueden atender de acuerdo a unos principios de calidad asistencial, diferenciando:

1. Centros para personas mayores independientes: destinados a usuarios que no necesiten ningún tipo de ayuda de otras personas para la realización de las actividades de la vida diaria. Se excluyen personas con cualquier grado de dependencia o con necesidades de cuidados sanitarios complejos.

2. Centros para personas mayores dependientes: destinadas a usuarios que carezcan de las capacidades necesarias para realizar por sí mismas las actividades básicas de la vida diaria o de cuidado personal y que presenten enfermedades crónicas asociadas.

3. Centros o unidades para pacientes con necesidades de cuidados sanitarios complejos o especiales: destinadas a pacientes dependientes para las actividades básicas de la vida diaria o de cuidado personal y que además precisen de una atención sanitaria especial y continuada debido a la complejidad y al grado de intensidad de la atención requerida.

En este sentido, existen experiencias sobre la implantación de unidades especiales de rehabilitación en centros residenciales que han demostrado que mejoran la situación funcional de los pacientes, reducen la discapacidad y disminuyen los eventos adversos. (12). Así mismo, el desarrollo de unidades especiales de psicogeriatría parece indicar que mejoran las alteraciones de la conducta y reducen la utilización de psicofármacos y de medidas de contención física. (13).

Los tres tipos de centros y unidades definidas deberán contar con unos servicios básicos de alojamiento, restauración, lavandería, higiene personal, atención social (animación sociocultural, atención social individual, grupal y comunitaria y atención socio-familiar), psicología, podología, actividades de terapia ocupacional, prevención y promoción de la salud, peluquería y cafetería.

Además, los centros para personas mayores dependientes y las unidades para pacientes con necesidades de cuidados sanitarios especiales deberán contar con servicios de atención sanitaria, incluyendo atención médica, de enfermería y de rehabilitación.

Por supuesto, debe de considerarse que esta clasificación de centros debería estar acompañada de unos requerimientos de personal específicos para cada uno de ellos. De forma que aquellos centros más especializados deberán contar con unos ratios de personal sanitario suficientes para garantizar una atención adecuada a las necesidades de sus usuarios.

Trabajar sobre estas premisas nos conducirá a que un día podamos considerar como obsoleto aquel comentario, tan actual hoy en día, que la Dra. Warren publicó en la revista Lancet en el año 1946: “No hay duda en absoluto de que estos pacientes han sido inadecuadamente cuidados en el pasado y con frecuencia continúan recibiendo una atención insuficiente y

escasa. Se necesita urgentemente un cambio en la actitud, en el cuidado y en el tratamiento de los enfermos crónicos”. (14).

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabre M, Serra-Prat M. Factores que determinan la derivación a centros sociosanitarios o residencias geriátricas de pacientes ancianos hospitalizados en unidades geriátricas de agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004;39:367-70.

2. Smith GE, O'Brien PC, Ivnik RJ, Kokmen E, Tangalos EG. Prospective analysis of risk factors for nursing home placement of dementia patients. *Neurology* 2001;57: 1467-73.

3. Ahmed A, Allman RM, DeLong JF. Predictors of nursing home admission for older adults hospitalized with heart failure. *Arch Gerontol Geriatr* 2003;2: 117-26.

4. Jiménez Muela F, Suárez García F, Solano Jaurrieta JJ. Evolución de la tipología y cargas de trabajo de encianos institucionalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009. 44(EC):27.

5. Herbert R, Dubois MF, Wolfson C et al. Factors associated with long-term care insitucionalization of older people with dementia: Data from the Canadian Study of Health and Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56: M693-M699.

6. Gutiérrez J, Jiménez F, Alonso A, Sáenz de Santa María L. Prevalencia y manejo terapéutico de la demencia en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009. 44,31-33.

7. Gutiérrez Rodríguez J, Iglesias Cueto M, Martínez Valdés C, Sáenz de Santa María L. Estudio de las infecciones del tracto urinario en ancianos institucionalizados. *Residencial*. 2003. 37. 10-18.

8. Snape J, Santharam M. Inappropriate acute admissions from nursing and residential homes. *Age Ageing* 1997; 26: 320-21.

9. Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión de los centros residenciales y centros residenciales con centros de día y centros de noche. AENOR. UNE 158102:2008.

10. High Quality Long-Term Care for Elderly People. Guidelines and audit measures. The Royal College of Physicians of London.1992.

11. Iglesias-Soutoa PM, Dosilb A. Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(2):85-91.
12. Rehabilitation for older people in long-term care (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2009.
13. Day K, Carreon D, Stump C. The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research. The Gerontologist 2000; 40 (4): 397-416.
14. Warren M. Care of the chronic aged sick. Lancet 1946; i: 841-843.

SEGUNDO SIMPOSIUM
LA GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

***“LA FINANCIACIÓN DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS
Y SOCIALES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA”***

JULIA MONSTERRAT

Universidad Ramón Llull. Consultoría y Estudios de Economía Social (CEES)

31 DE MARZO DE 2009

CONFERENCIA

Buenas tardes. El tema que expondré, trata sobre cual es el modelo de financiación en la Ley de la Dependencia. En primer lugar vamos a intentar enmarcar el principio de la Ley de la Dependencia y ver que representa antes y después de la Ley de la Dependencia. También decir que antes de la Ley, hace dos años que se ha empezado a desarrollar la Ley, ya existía atención a las personas en situación de dependencia, porque todas las CC.AA habían desarrollado sus propias políticas Sociales para atender la situación a este problema, pero eran personas con pocos recursos económicos por que los presupuestos eran pequeños, eran escasos y no

había dinero para todo el mundo. El cambio con la Ley es que esta garantiza un derecho a todas las personas en situación de dependencia, con independencia de su capacidad económica, es decir, que a partir de la Ley los ricos tienen derecho y las clases medias tienen derecho y evidentemente las personas con pocos recursos tienen derecho, todo el mundo tiene derecho a las prestaciones públicas que contempla la Ley. ¿Pero que tipo de prestaciones? En el catálogo de la Ley, las prestaciones que están ahí racionadas, son prestaciones que yo llamo Sociales, que son las que la persona necesita para desarrollar sus actividades, aquellas básicas de la vida diaria, las que necesitan otra persona para poder valerse, para poder comer, desplazarse, etc. Se han establecido por tanto tres grandes grados, lo único de lo que en principio la Ley no contempla las prestaciones estas socio-sanitarias, en el registro, en el catálogo de la Ley no habíamos contemplado prestaciones que serían las típicas de cuando una persona necesita de más, de que la ayuden para las actividades básicas de la vida diaria también cuando necesita una atención sanitaria continuada.

Está muy bien que las Comunidades piensen y desarrollen esa provisión de servicios cubriendo el espacio, no solamente social si no también sanitario que necesita la persona, pero después veremos que el coste, la financiación no contempla el coste que eso va a suponer, con lo cual aquí tendremos una brecha que en algún momento se tendrá que resolver.

Voy a explicar un poquito el modelo de financiación como lo contempla la Ley de la Dependencia, antes he dicho que la Ley de la Dependencia introduce un derecho a las personas, un derecho a que puedas pedir prestaciones, todo el mundo tiene derecho y la Ley dice según el grado de dependencia, las prestaciones a que tiene derecho, pero esa universalidad en el acceso no se traduce en la gratuidad en los servicios, eso quiere decir de que las personas que accedan a los servicios del catálogo de la Ley de la Dependencia van a tener que participar económicamente, van a tener que pagar, contribuir a la financiación de ese servicio, por lo tanto ahí vemos que hay una gran diferencia, hay una diferencia bastante importante entre el modelo sanitario y el modelo social.

Así como el modelo sanitario o el modelo educativo prevé no solamente la universalidad si no también la gratuidad de las prestaciones, el modelo que plantea la Ley de la Dependencia si que contempla la universalidad en el acceso pero no la gratuidad en las prestaciones, por lo

tanto ahí tenemos que el modelo de financiación es un modelo mixto que, por un lado se financia con impuestos, la parte que viene del Estado o de las Administraciones Públicas, después veremos que la Administración Autonómica también contribuye, pero eso lo vamos a dejar como contribución pública y después hay la parte privada, que es la parte que pagan los usuarios, el usuario contribuye tanto si la prestación es en servicios como si es prestación en metálico. Veréis que hay algunas prestaciones que se pagan en metálico, la persona recibe un dinero, en lugar de recibir un servicio, por ejemplo cuando es un cuidador no profesional, es decir que es la familia que cuida a la persona dependiente pues recibe un dinero para compensar el esfuerzo y el trabajo que está haciendo ese familiar y por lo tanto recibe un dinero, en esa contribución en dinero que recibe ese beneficiario también existe una aportación aunque no se perciba esa aportación, porque a fin de cuentas lo que hace es recibir menos cantidad de dinero, pero si que ha existido una aportación, esa aportación depende también de la capacidad económica y por lo tanto hay un mínimo exento para las capas más bajas, a las personas con rentas bajas, pero a partir de una vez el IPREM, pues todo el mundo contribuye a pagar esta prestación.

En los servicios, vamos a verlo ahora, el copago es el nombre vulgar que se utiliza para denominar la cuota que paga el usuario cuando utiliza el servicio, entonces si una persona dependiente pues tiene un servicio residencial pagará una cuota, si tiene un Centro de Día pagará una cuota, una ayuda a domicilio igual, pagará una cuota y este pago esto es lo que vulgarmente se le conoce como copago.

Decíamos que aquí hay una diferencia importante entre el modelo de la Ley de la Dependencia y el modelo sanitario, en tanto en cuanto del sanitario el usuario va al médico y no paga, en cambio en la Ley de la Dependencia si paga y el objetivo un poco podíamos decir, que el objetivo del copago en la Ley de la Dependencia, es un objetivo un poco gravoso en el sentido de que la previsión es ingresar un tercio de el coste total de lo que cuestan los servicios de la dependencia a través de esos copagos, es decir que las teorías que apoyan o que de alguna manera justifican que se introduzca un copago, generalmente se basan en que el copago es un elemento de racionalización del gasto en el sentido de que el individuo valora que aquello vale dinero y que por lo tanto no se puede ir derrochando ese dinero. De alguna manera hace de contención de la demanda, en cambio

aquí la Ley de la Dependencia parece más que el copago es un elemento de financiación de la Ley, es un elemento que contribuye a financiar la Ley en cuanto digo que las previsiones establecidas en la memoria económica prevé que se va a recaudar un tercio del coste total.

Vamos a ver que representa el copago en las personas, porque eso es importante, es decir, voy a tener que pagar cuando utilice un servicio de la Ley y entonces voy a ver que va a pasar, que parte, o cuanto va a suponer para mi renta. En primer lugar decir que el copago quienes les grava mas pues le repercute mas en la renta, es en las rentas medias, las bajas probablemente quedan exentas, la mayoría de las veces quedan exentas o pagan relativamente poco, pero después las capas medias son las que pagan mas, capas medias quiere decir hasta tres veces el IPREM, porque a partir de ahí resulta ser que el copago existe un tope en la que nadie puede pagar mas del 90% del precio de referencia, todos sabéis que es un principio básico y que se tiene que respetar que es que la Comunidad establece cual va a ser el precio de referencia, para cada uno de los servicios y ese precio de referencia es básico en el sentido de que nadie puede pagar mas de lo que vale o de lo que tiene establecido la Comunidad y el tope va a ser el 90%.

En principio el copago va a beneficiar más a las personas con rentas altas que a las personas con rentas medias, en el sentido de que una persona cuando más o menos se calcula que cuando llega tres veces al IPREM, su renta es superior a tres veces el IPREM, ahí ya queda fijado en el máximo y por lo tanto no va a pagar más, se le exime el 10%, dicho de otra manera, se le exime el 10% del pago a aquellos que pueden pagar mas, y en cambio esa exención no se hace por abajo, por las rentas bajas, por lo tanto aquí hay una discriminación en favor de las personas con más recursos económicos.

Efectos del copago. Ahora si que eso que os comentaba de que no hay un solo modelo de copago si no que hay muchos modelos de copago y me preguntaréis ¿Cómo puede ser esto? Si precisamente uno de los objetivos de la Ley es que hubiera una cierta uniformidad en todo el territorio nacional en la aplicación de la Ley, hubiera los mismos servicios, hubiera las mismas prestaciones, que hubiera las mismas exenciones, etc. La realidad es que han tardado dos años hasta que no ha habido un consenso entre las CC.AA para establecer cuales eran los criterios comunes que todas ellas han de aplicar en el copago, dicho de otra manera, en el año 2007 todos sabéis que empezó a aplicarse la Ley de la Dependencia y no ha sido

hasta ahora, a finales del año 2008 que no se ha llegado a ese consenso entre las CC.AA que este acuerdo se ha publicado en la resolución de 2 de Diciembre del año 2008, en la que establece estos mínimos comunes.

Después hay un campo en que las CC.AA pueden establecer sus propios criterios, por ejemplo el precio de referencia, pues cada Comunidad pondrá el precio de referencia para el servicio Residencial, por ejemplo en Asturias puede poner que el precio de referencia son 1.400 € al mes, en Cataluña lo establecen en 1.800 € o Madrid lo puede establecer en 1.900 €.

Como el punto de referencia es diferente, aunque a partir de ahí todo fuera igual, evidentemente el resultado final no será igual, porque la base de referencia es diferente, es un primer ejemplo, pero hay mas diferencias que pueden hacer que el copago sea diferente según donde vivas, por ejemplo los tipos de gravámenes, después veremos que en principio establecen un copago progresivo, pero que no han dicho el tipo de gravamen que se va a aplicar, por lo tanto aquí se pueden aplicar unos tipos de gravámenes que serán diferentes a los de Cataluña o serán diferentes a los de Andalucía, evidentemente ahí tenemos otra diferencia que harán que la cuota final vaya a ser diferente si tu vives aquí en Oviedo o si vives en Barcelona o si vives en Murcia por ejemplo, a pesar de que de ese esfuerzo o de esa intención de uniformidad en el desarrollo de la Ley, la práctica vemos que no se logra, al contrario que puede profundizarse cada vez mas y puede haber tantos copagos como CC.AA hay, para un mismo servicio, me refiero evidentemente, para un mismo servicio puede haber tantos copagos como CC.AA.

Vamos a ver el impacto del copago en los beneficiarios, antes os decía que parecía que el copago tal como estaba establecido, tenía más un objetivo de recaudación, de aminorar el gasto público que de racionalización del gasto, que sería un copago mas bien testimonial, no, aquí veremos de que el copago es bastante importante. Aquí hay diferentes modelos, en principio el modelo asistencial es el que se estaba aplicando hasta la resolución del 2 de Diciembre y después veremos si hay alguna comunidad que lo va continuar aplicando o no.

El modelo proporcional y el modelo mixto, el modelo asistencial es el de cuota fija, usted paga el precio, que es el que había hasta ahora, usted paga el precio que yo marco, el precio público de referencia, realmente es un precio subvencionado pero es un precio público y usted paga y si no puede ya le haré una bonificación en la

cuota, pero en principio usted paga y solamente le voy a garantizar un dinero de bolsillo, lo que dice la garantía de ingreso, usted me paga lo que vale y yo le voy a garantizar un dinero de bolsillo para que no se quede sin nada, pero eso significa que las personas con pocos recursos, significa pagar toda su renta prácticamente, porque claro el dinero de bolsillo en servicios Residenciales, generalmente es entre un 25 y un 30% del IPREM, que quiere decir 150 € al mes de forma aproximada y por lo tanto pagar todo lo que usted tiene o sea usted me paga todo lo que tiene y yo le dejo esto y en los otros servicios, cuando la persona continua viviendo en el domicilio generalmente se le deja una cantidad mayor para que pueda vivir, -entre comillas vivir de aquella manera-, pero que pueda pagar la luz, el agua, que pueda comer,

Resumiendo, en el modelo asistencial hay que decir, usted me paga el precio y no discutamos, ya le haré bonificación si usted no puede.

El modelo proporcional intenta ser más progresivo, este es el que está introducido en la resolución esta del 2 de Diciembre que os comentaba antes, y ahí hay tramos, en teoría se tienen que hacer tramos de renta y los tipos se van elevando por cada tramo además de tipo acumulativo, es decir, que todos en el primer tramo pues pagarán, por decir algo el 40% y en el segundo tramo se paga el 50%, pero el primer tramo todos pagan y el marginal se paga el 50%,

La mecánica es difícil pero hoy en día con los ordenadores y los programas informáticos la aplicación no es difícil pero el objetivo es ese, que no haya saltos de un tramo a otro y que la gente pague en función de su capacidad económica proporcionalmente, y también puede haber este modelo mixto, el último que os pongo ahí en el sentido de que se puede combinar la parte fija y la parte proporcional y ¿Por qué esto diréis? el proporcional es mucho más progresivo dejemos el proporcional y ya está, el mixto un poco es porque hay algunas Comunidades que están diciendo bueno, es que hay la diferencia entre el módulo hotelero y el modelo asistencial, si leéis la Ley veréis que ahí define que se tiene que hacer la diferencia entre el módulo hotelero y el asistencial, en el sentido que el módulo hotelero todo el mundo lo tendría que pagar, debido a que viene a ser el gasto, representa un ahorro para la persona si tu le das ya estos servicios de mantenimiento y de hotel, de Residencia eso representa un ahorro para el y por lo tanto esto es más obligatorio que la parte asistencial a pagar.

Cada Comunidad desarrollará el modelo que querrá y vamos a ir viendo como las Comunidades irán desarrollando el modelo proporcional puro o el modelo mixto, que es un mix entre el proporcional y el de cuota fija, como a mi lo que me interesa es ver un poco el impacto que va a tener en las rentas de los usuarios, tengo preparada una gráfica pero ya os he adelantado y lo vuelvo a decir, que el modelo asistencial es el más regresivo de todos, ¿Por qué? Porque grava con más intensidad, la parte, la proporción de la renta que pone una persona con poca renta es superior a la que pone otra con una renta más elevada, el modelo progresivo, es el mas progresivo, como su propio nombre indica, y el modelo mixto pues está a caballo entre uno y otro, y si vemos la gráfica, a veces dicen que una gráfica vale mas que la descripción. Aquí he puesto diferentes ejemplos de renta, 500, 800, 1.200, 1.500 y 2.200 €.

Debemos fijarnos una cosa, que las personas que estén en el 2.200 € al mes, ya no importa en que modelo estemos, porque como han llegado al tope, pagarán lo mismo, es decir que las personas con rentas medias/altas, es independiente el modelo porque generalmente, la parte que les va a representar a ellos de carga sobre su renta irá disminuyendo a medida que su renta sea más elevada y lo que van a pagar va a ser el tope, el 90%, es decir, que les eximen el 10% del pago.

En cambio el rojo sería el modelo asistencial y podéis ver que el modelo asistencial llega a gravar hasta el 90% de la renta de la persona, y por ejemplo la persona que tiene 1.200 € lo que pagaría de copago supone entre el 85 y el 87% de su renta y la persona de 1.500 € le supone casi el 90% de su renta, es decir, que proporcionalmente paga mas que la persona de 2.200 € o sea que no respeta la capacidad económica de la persona, el modelo asistencial no respeta aquello de “pague más el que más tiene”, no lo respeta. El modelo progresivo, vemos que aquí mas o menos va respetando esa progresividad y esa progresividad se desmonta cuando llega a las personas con rentas de tres veces el IPREM aproximadamente, y el modelo mixto está entre uno y otro, más progresivo que el primero y menos que el segundo.

Ya hemos explicado el impacto del copago y entonces vamos a ver lo que representa el modelo de financiación de cara a las Administraciones Autonómicas, porque hasta ahora esto de que las personas van a tener que contribuir, los usuarios van a tener que contribuir con una parte importante de su renta para poder disfrutar de los servicios de la Ley. Pero ¿Que va a

pasar con las Administraciones Autonómicas? porque el modelo de la Ley de la Dependencia, es un modelo peculiar en la que también exige la participación financiera de las CC.AA, no solamente el usuario. En principio teóricamente la parte pública tendría que ser mitad y mitad, es decir, tu pagas la mitad, la Administración General del Estado paga la mitad y la Autonomía pagaría la otra mitad y ahora vamos a ver que eso es teóricamente, pero prácticamente eso no es así. ¿Por qué no es así? Porque también el sistema de financiación es complejo y además muy peculiar, porque la financiación en las CC.AA se rige porque reciben una cantidad fija en función del grado de dependencia de la persona y ahí tenemos el primer problema.

Este nivel de financiación creo que se llama nivel mínimo o nivel garantizado, supongo que habréis oído hablar de que existe un nivel mínimo y después un nivel acordado, primero vamos a ver el nivel mínimo y después lo que el nivel acordado quiere decir.

El nivel garantizado, el nivel mínimo va a representar lo que la Comunidad recibe un importe fijo pero no en función del coste del servicio que se le presta, si no en función de su grado de dependencia, por lo tanto ahí vamos a tener un efecto que es el efecto del desplazamiento del coste hacia la CC.AA. ¿Por qué? por que fijaos aquí, aquí os pongo lo que para el año 2009 va a recibir la CC.AA por grado y nivel de dependencia de las personas que tenga atendidas. Un grado 3 - 2, va a recibir 263 € al mes, pero ¿Cuánto cuesta un servicio Residencial? si un precio público ya puede estar entre 1.400-1.500 €. Pero el coste real es superior, pues 263 € no representa la mitad del coste del servicio Residencial, por lo tanto lo que no paga la Administración General del Estado lo va a tener que pagar la CC.AA porque lo que no va a poder hacer la CC.AA es decirle al señor, mire usted que a mi no me pagan la mitad, por lo tanto yo no le puedo atender, como no le va a poder decir esto, le va a tener que dar el servicio Residencial, el servicio de Centro de Día o la ayuda a domicilio que le toque a esta persona, sabiendo que ella va a tener que poner mucho más del 50% del coste de ese servicio.

Por tanto, ahí tenemos un primer problema en el sentido de que las Autonomías van a ahogarse, para decir algo así con mas fuerza, financieramente en esto de la financiación de las prestaciones de la dependencia, porque además podéis ver lo que reciben del nivel mínimo va disminuyendo a medida que disminuye también el grado y nivel, pero es

que el grado 2- 1 dan 70 €, la Administración General del Estado paga 70 € por persona y no tiene en cuenta el coste, entonces ¿Que pasa? pues la prestación más barata si que puede llegar a alcanzar mas o menos el 50%, pero un servicio Residencial que ni haya copago y un copago fuerte va a alcanzar a soportar un 50% de financiación.

En esta transparencia tenemos un ejercicio hecho de las prestaciones del año 2008, de lo que pagaban del nivel mínimo el año pasado, pero poco mas o menos ese ejercicio es reproducible para el año 2009 y observamos lo que paga la Administración General del Estado y lo que paga la CC.AA por cada uno de los diferentes servicios y la parte que le representa la CC.AA vemos que para un servicio Residencial lo que es el nivel mínimo, es muy poquito y además este poquito va disminuyendo a medida que disminuye también el grado y nivel de dependencia. Pasamos de un 16% a un 11% y a un 7%, la diferencia lo tiene que pagar la Comunidad, a pesar de que la Comunidad se quede el copago, pero ese copago veremos que no llega a nivelar, ni muchísimo menos esa diferencia y es lo mismo para cada uno de los diferentes servicios.

El servicio de Centro de Día como es menos caro pues la proporción que paga el nivel mínimo representa un poco mas, en un grado 3 – 2 llega a representar un 30%, en un grado 3 – 1 un 20% y en un grado 2 – 2 un 13%, pero son importes o porcentajes muy pequeños.

En la prestación vinculada como paga menos puede representar algo mas y en el del cuidador no profesional, la prestación más barata de todas pues representa un poquito mas, pero evidentemente las prestaciones de mas contundencia como puede ser el servicio Residencial o Centro de Día el nivel mínimo representa muy poco dinero por el coste que es prestar ese servicio y entonces alguien podrá decir que existe otra parte que también viene por el nivel acordado.

Del nivel acordado no podemos hacer mucho caso porque primero de todo esa parte de financiación es discrecional, si hay dinero habrá nivel acordado y si no lo hay, no hay nivel acordado, porque primero tienen que satisfacer el nivel mínimo y después el residuo irá para el nivel acordado, además de que en teoría con ese nivel acordado pagan de todo, pagan la inversión, los gastos de hacer los PIAS, de valoración, formación y un largo etc, sin tener criterios claros, sin saber exactamente que es lo que va a representar para cada una de las CC.AA.

Por lo tanto aquí ese nivel acordado es un complementario muy poco claro en su sistema de reparto y además muy poco cuantitativo, es decir que va a representar muy poco para las CC.AA.

En esta gráfica creo que podemos ver la cantidad de dinero que pone el Estado para la financiación de la Ley de la Dependencia en los dos últimos años, en el 2007 puso 400 millones, en el 2008 puso 871 millones para el nivel mínimo, en el 2007 como se empezó tarde casi todo fue para el nivel acordado, pero en el año 2008 que ya empezó con un número importante de usuarios o beneficiarios de la Ley, vemos que el nivel mínimo ya se ha llevado el 70% del total y además teniendo en cuenta que hay costes que no han entrado, es decir, que todas aquellas valoraciones que no se les había hecho el PIA no las han contado y por lo tanto ahí hay una especie de deuda.

Hay que decir que por un lado existe poco dinero para financiar la Ley de la Dependencia y por otro lado que el nivel mínimo es escaso y que además el nivel acordado será cada vez más escaso porque las necesidades del nivel mínimo irán incrementándose.

La cobertura, esa estructura de financiación para haceros una idea de lo que representa en la financiación del conjunto de la Ley, lo que cada uno de los agentes aportan a la financiación del sistema, vemos que el Estado aporta aproximadamente un 18%, los usuarios aportan aproximadamente un 12% y las CC.AA tienen que poner el resto, por lo tanto el 50% ese teórico vemos que no es así, si no que la CC.AA tiene que hacer un esfuerzo financiero superior al previsto inicialmente y ¿Por qué? ya lo hemos dicho, porque el sistema de financiación previsto en la Ley de la Dependencia no tiene en cuenta el coste de las prestaciones, da un dinero por persona pero no tiene en cuenta la prestación que se le da a esa persona y por lo tanto hay ahí una diferencia importante. El segundo motivo, es que se había previsto una recuperación a través de los copagos que no se va a realizar, porque la mayor parte de las personas que acceden a la Ley de la Dependencia son personas de renta media y renta baja, con lo cual a pesar de que el copago les represente un esfuerzo muy importante para su renta, tampoco muchas veces no aportan la totalidad de la cuota y por lo tanto la cantidad que se recauda a través de esos copagos es menor de la prevista.

Podemos decir que las conclusiones en grandes líneas, es que las CC.AA tienen que hacer un esfuerzo muy importante en la financiación de la Ley de la Dependencia, porque el nivel mínimo no es adecuado y porque

con los copagos no se recauda lo que se había previsto y por otro lado el copago no hay una equidad entre los usuarios porque pagan mas los pobres y las rentas medias que los ricos y esto no es justo, es decir, aquellos que tienen que pagar en función de la capacidad económica nos encontramos que a quien se le hacen favores es a las rentas altas por eso del tope en la cuota topada, por arriba y por lo tanto aquí hay una inequidad en la distribución.

En la última transparencia, vemos que la Ley de la Dependencia continua separando eso, el modelo sanitario y el modelo social totalmente diferenciado y son dos mundos totalmente aparte que en ningún momento ha previsto ninguna transversalidad, ni ninguna coordinación, ni ninguna unificación en estos sistemas.

Muchas gracias.

SEGUNDO SIMPOSIUM
LA GESTIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

***“COORDINACIÓN EN Y ENTRE LOS SERVICIOS
SANITARIOS Y SOCIALES”***

DEMETRIO CASADO
Director del Seminario de Intervención y Políticas sociales

31 DE MARZO DE 2009

CONFERENCIA

Gracias al RIDEA por la invitación, gracias particularmente al Dr. García y también a ti, Martín, por darme esta oportunidad de venir a Oviedo y disfrutar de los muchos bienes sociales y personales que aquí puedo encontrar.

Me parece a mí que el asunto de la coordinación conectando los servicios sanitarios y sociales se plantea también en el interior de cada una de esas ramas; a ello hace referencia también el título de esta exposición.

1. CIRCUNSTANCIAS DEMANDANTES DE COORDINACIÓN

Creo que la primera cosa en la debemos reparar, aunque quizá sea ocioso teniendo en cuenta la cualificación de los aquí reunidos, es el conjunto de circunstancias que demandan la coordinación que nos interesa.

En esa perspectiva y para comenzar, hemos de traer a colación el hecho de que el avance técnico implica la especialización y que la especialización, a su vez, aboca a divisiones funcionales y orgánicas, no solamente funcionales, sino también orgánicas. Creo recordar que en la Constitución de Cádiz aparecen únicamente siete secretarías de Estado y ninguna de ellas es social. Y en el “Rey que rabió”, si se me permite esta referencia de ficción, el monarca aparece nada más que con tres cargos colaboradores; uno es el Intendente, otro es el titular del Ejército y el tercero lo es de la Marina. Y no aparece ningún responsable de funciones de objeto social. En nuestro incipiente Estado de fomento, su Administración contaba con un Ministerio de tal objeto, el cual entendía de sanidad, educación, economía, trabajo, seguros de rentas... En cambio en el Estado de servicios actual, cada una de esas materias suele ser objeto de un departamento especializado. Y, como es sabido, la gestión de cada una de las mismas se realiza mediante divisiones, no sólo funcionales, sino también organizativas. Recordemos, a título de ejemplo, la departamentalización de los establecimientos sanitarios.

En este recordatorio de circunstancias que demandan la coordinación de una oferta fragmentada, me parece que también hemos de recordar que los servicios totales, los grandes internados asistenciales, como pueden ser los hospitales psiquiátricos, pero también los hospitales de crónicos y también los centros residenciales de tipo social tradicionales han estallado; se ha abolido esa fórmula de oferta total mediante un único recurso y se está adoptando paulatinamente una complementación de medios para llegar a mejores resultados; lo cual requiere coordinación, obviamente.

Por otra parte, también debemos recordar la progresiva concentración de la asistencia sanitaria especializada en las fases agudas, de lo cual se derivan responsabilidades y carga de trabajo para los establecimientos sanitarios de media estancia, para las familias y para los servicios sociales. Lo cual entraña la necesidad de conexiones y derivaciones; de coordinación, en suma.

Igualmente hemos de tener en cuenta aquí que ha cambiado claramente el patrón epidemiológico, de modo que se han reducido los procesos agudos y breves -fuera por curación o por fallecimiento-, y se han incrementado los procesos largos, muchos de los cuales devienen crónicos; o, al menos, generan secuelas que pueden hacer necesaria la intervención de recursos distintos de los propios de las fases agudas.

En la situación presente, la función coordinadora debe dar respuesta a una exigencia muy ponderada y muy valorada actualmente: la de continuidad y coherencia asistencial. La misma, por cierto, ha de salvar las dificultades que se derivan de los diferentes regímenes institucionales de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales públicos. Como ya indicó Julia Montserrat anteriormente, en la rama sanitaria se han concentrado las responsabilidades públicas en el Estado Central y en las Comunidades Autónomas (en adelante, CC. AA). El primero con responsabilidades en normativa básica; y las CC. AA con responsabilidades en gestión. En cambio, el Estado central no tiene una responsabilidad equivalente en servicios sociales; solo puede incidir en esa rama de modo excepcional para “regular las condiciones que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos...” (Constitución Española, art. 149.1.1º) –disposición en la que se ha fundado, según ha recordado el Dr. García, la Ley de Autonomía y Dependencia-. Las CC. AA asumieron la competencia exclusiva en servicios sociales y delegaron parte de la ejecución de la misma en las Corporaciones Locales –Ayuntamientos, en el caso del Principado de Asturias-. Como se ve, la estructura de responsabilidades públicas es muy distinta de la sanitaria. Esa diferencia genera dificultades en las relaciones de conexión y coordinación. Las mismas se amplían porque también son diferentes los regímenes jurídicos de protección. En el Sistema Nacional de Salud, salvo la asistencia sociosanitaria –a la que me referiré después-, brinda una protección casi universal, garantizada y básicamente gratuita. En cambio, la protección de los servicios sociales públicos es en buena parte marginalista. Para mayor dificultad de la función coordinadora, ocurre que las divisiones territoriales –áreas, zonas- de las administraciones sanitarias y de servicios sociales son diferentes en el interior de cada comunidad autónoma. En este aspecto, alguna de ellas ha procurado la convergencia, pero predomina la asimetría.

Por lo dicho, la coordinación los servicios sanitarios y sociales es una tarea hercúlea que debe superar condicionamientos estructurales, los

cuales no están al alcance de las posibilidades de la gestión común. Pero en tanto no se solventan o alivian esos condicionantes, la gestión común ha de proveer las mejores soluciones a su alcance.

2. PRINCIPIOS

¿Que principios habría que seguir en la magna tarea de la coordinación en y entre los servicios sanitarios o sociales?

Por supuesto, la calidad asistencial debe de estar por encima de la autarquía profesional o de rama o de servicios; esto se dice fácilmente y se acepta por todos, pero en la práctica las posiciones de los cuerpos profesionales, las posiciones de las consejerías, de las direcciones regionales y demás, son realmente algo con lo que hay que contar no solo a título retórico, sino para fajarse con ello.

Por descontado, la división territorial del poder político no debería determinar la estructura organizativa de los servicios de bienestar. ¿Que sentido tendría que mi pueblo - San Pedro de Gáillos (Segovia)-, con 200 habitantes, tuviera competencia en servicios sociales? Pues no la tiene por que la Ley de la rama de Castilla y León asigna a las diputaciones provinciales la responsabilidad local para los pequeños municipios. Pero no se ha previsto así en el común de las CC. AA. Para suplir la incapacidad de los municipios pequeños, se recurre a la fórmula mancomunal, pero parece que la misma es más idónea para la recogida de basuras que para la provisión de servicios sociales.

Es principio aceptado internacionalmente el de la continuidad de cuidados, es decir, la posibilidad efectiva de pasar de la estancia domiciliaria apoyada a la atención en residencia colectiva; de la hospitalización en un establecimiento de agudos a la atención en un centro residencial de servicios sociales; etc. Eso significa que necesariamente hemos de ir a la interdependencia, a las conexiones abiertas con carácter permanente. Por supuesto que, en este punto como en cualquier otro relativo a la coordinación, no hay mas remedio que realizar ciertos trabajos previos. Si resulta que en intervenciones de objeto individual, sean quirúrgicas o de tipo clínico común, es necesario establecer protocolos, modelos asistenciales y demás, como no van a ser necesario medios equivalentes para entenderse entre órganos con competencias distintas, con formatos territoriales diferentes, con regímenes jurídicos dispares. Y en ese punto yo creo que es también obligado asumir que no se trata de hacer -y sigo con la

misma metáfora- un único protocolo de coordinación para toda conexión asistencia sanitaria-servicios sociales. En salud mental habrá que adoptar fórmulas distintas que para accidentes cerebro-vasculares, por ejemplo.

A su vez hay que plantearse las cuestiones de viabilidad y de posibles efectos colaterales. Una de las soluciones que se dan -a mi modo de ver sin haberlo pensado mucho- a este problema enorme que tenemos delante es el de la fusión o la integración. Pero ¿resulta esto efectivo sin salvar previamente las divisiones y disparidades institucionales y organizativas antes reseñadas? Si integramos recursos que dependen de la Administración de una Comunidad Autónoma con otros cuyos titulares son los Ayuntamientos, ¿quién regula, financia y gestiona el mixto? Y ¿no generaría confusión, especialmente en los usuarios, un sistema en el para ingresar en un hospital de agudos basta la indicación facultativa, en tanto que para ser derivado desde allí a un residencia asistida del mismo complejo fuera necesario regresar al domicilio –incluso en situaciones de contraindicación-, hacer una solicitud, ser objeto de valoración... para acaso recibir la noticia de que se le deniega lo solicitado a causa, por ejemplo, del nivel económico del solicitante?

En este punto de los principios, parece obligado asumir que cuando se emprende un planteamiento de mejora, en este caso en materia de coordinación, no puede uno desentenderse de ningún nivel de la estructura. Puesto que estamos hablando del sector público, el primero a afrontar ha de ser el régimen institucional de responsabilidades y derechos. El segundo, debe ser el territorial. Y sólo cuando en ambos niveles se hayan llevado a cabo las oportunas reformas de convergencia entre las ramas sanitaria y de servicios sociales será oportuno abordar las reglas de generales de funcionamiento y, después, las de los casos. Quiero decir que no parece plausible la idea de resolver -y digo lo mismo que decía antes- el asunto de la coordinación incidiendo solo en el nivel de la gestión de los organismos o solamente en el nivel, por ejemplo, de la planificación del alta, de la gestión del caso o cosas por el estilo; hay que abarcar también los otros niveles estructurales reseñados.

3. MEDIDAS DE CARÁCTER GENERAL

Paso ahora a las medidas de carácter general que habrían de tomarse. Y vuelvo a lo ya dicho: para mí, la primera cosa que habría de hacerse es adoptar un régimen institucional que asegure oferta suficiente en el sector público para las dos ramas aquí consideradas. Cuando escasean los recursos aquí o allá surgen con facilidad las disputas relativas al endoso de las cargas asistenciales. Cabe discutir, por ejemplo, si tal proceso de asistencia en fase aguda ha terminado o no en cuanto que ello supone la permanencia en determinado hospital o la derivación a otro establecimiento. Y ¿cuál es el modo de que haya una oferta suficiente en el sector público? Pues no nos engañemos, como no se rige por la regla del mercado, en el sector público, el único procedimiento al efecto consiste en establecer regimenes de garantía de acceso para la población beneficiaria. Un niño que llama a la puerta del sistema educativo y acredita la edad de escolarización obligatoria tendrá plaza. Pues si no existe materialmente, el poder público está obligado a crearla sobre la marcha. En caso de negativa, el aspirante –entiéndase su representante legal- puede acudir a los Tribunales de Justicia para hacer valer su derecho.

En el Sistema Nacional de Salud, como ustedes saben, está garantizado el acceso a ocho clases de prestaciones y servicios del catálogo establecido por la Ley de cohesión y calidad de 2003 (salud pública, atención primaria, especializada, de urgencia, etc.) según lo reglamentado por el Real Decreto de 2006 que estableció la cartera de servicios vigente. Pero, excepcionalmente, no está garantizada la prestación de atención sociosanitaria, regulada por artículo 14 de dicha Ley de cohesión y calidad, prestación que incluye: cuidados sanitarios de larga duración, atención sanitaria de convalecencia y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. En esa exclusión tenemos una primera quiebra de la protección del Sistema Nacional de Salud. Y no se trata de un asunto de relevancia sólo formal, sino que constituye un grave problema para la continuidad asistencial de muchos procesos al concluir la atención en su fase aguda y que requieren asistencia en la fase subaguda; sirva como ejemplo la patología del daño cerebral.

Para la atención hospitalaria en fase subaguda de procesos que lo requieren, las CC. AA cuentan con algunas plazas afectadas a dicha función. En la de Madrid, entre otros, se han afectado a dicha función antiguos hospitales antituberculosos reciclados. Pero, como el acceso no

está garantizado y la oferta no es suficiente, se dan casos en los que no es posible la derivación indicada clínicamente. Así, el paciente retorna a su domicilio o ingresa en un establecimiento de servicios sociales sin posibilidad de completar su rehabilitación. Ello supone un plus de carga de dependencia funcional que merma la salud y el bienestar del afectado y que, además, impacta negativamente en sus cuidadores familiares y/o en los servicios sociales. El problema de continuidad asistencial se plantea también para personas residentes en establecimientos de servicios sociales que experimentan procesos patológicos demandantes de hospitalizaciones en fase aguda y subaguda. Cuando ésta segunda es imposible, el afectado retorna a su residencia de servicios sociales y no se visibiliza el fallo de continuidad asistencial, pero se produce igualmente.

El problema señalado, salvo para casos afortunados, no se resuelve con gestiones coordinativas, sino que requiere corregir la grave exclusión de que fue objeto, en la reglamentación de la cartera de servicios garantizados, la prestación de atención sociosanitaria, regulada por el artículo 14 de dicha Ley de cohesión y calidad. Se trata, pues, de corregir un condicionante negativo de la coordinación dentro del Sistema Nacional de Salud.

Se produce análoga quiebra de la continuidad asistencial en los procesos que al concluir la asistencia médica en fase aguda necesitan, por causa de secuelas generadoras de dependencia funcional, el acceso a alguna prestación de servicios sociales. Como quiera que, por lo general, dicho acceso no está garantizado, muchos afectados se ven obligados a regresar a su domicilio y esperar a conseguir, en su caso, alguna solución a su necesidad. Con el consiguiente perjuicio para el afectado y, frecuentemente, para sus cuidadores familiares.

Nuevamente, el fallo de continuidad en la frontera de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales no se arregla, salvo para determinados casos, con gestiones de coordinación, sino que requiere la institución del derecho subjetivo a la protección de al menos algunas prestaciones de servicios sociales. La Ley de Autonomía y Dependencia de 2006 supone una estimable aportación en esta dirección, pero la burocratización del acceso a sus prestaciones –recordemos los largos procedimientos de solicitud, valoración, prescripción y concesión- no son compatibles con el principio de continuidad asistencial.

Siguiendo en paralelo con la relación de condicionantes de la coordinación que expuse anteriormente, voy a referirme ahora a la

necesidad de homogeneizar la estructura funcional de las ramas sanitaria y de servicios sociales del sector público. Ya se produjo una aproximación estimable al crear en ambas divisiones organizativas de los recursos asistenciales paralelas: atención primaria y atención especializada, en el Sistema Nacional de Salud; servicios sociales de base y servicios sociales especializados. Pero para facilitar la coordinación sería importante que la estructuración territorial y administrativa fuera también paralela. Y en este punto, como ya indiqué antes, nos encontramos que la competencia de las corporaciones locales en servicios sociales no tiene correlato en la rama sanitaria. Conviene recordar en este punto que, cuando se tramitó y aprobó la Ley General de Sanidad, los Ayuntamientos tenían importantes competencias y servicios sanitarios, en gran parte procedentes de la Beneficencia. La citada Ley asigna las responsabilidades locales a las Comunidades Autónomas, de modo que se produce su total –no leve como dice la exposición de motivos– centralización regional. Algunas Corporaciones Locales han reciclado sus recursos sanitarios a otras funciones, pero ello no altera la citada exclusión de la estructura organizativa formal del Sistema Nacional de Salud. En razón del muy pequeño tamaño de muchos municipios y en tanto no se solventa la precariedad financiera de todos, creo oportuna la citada centralización. Pero lo que corresponde señalar aquí es que en servicios sociales se ha seguido la pauta contraria, de descentralización local, lo que supone un obstáculo estructural para la coordinación.

Supongamos el caso de un paciente al que, en su plan de alta, se le aconseja que reciba la prestación de ayuda domiciliaría de los servicios sociales. Como la misma es “competencia” de los Ayuntamientos, los servicios sanitarios públicos, en cuanto que dependen de las CC. AA., no tienen relación estructural con el proveedor del recurso que están indicando. Los servicios hospitalarios de trabajo social –cuando existen– suelen hacer cuanto pueden para lograr la mejor solución posible para el usuario, pero deben enfrentarse continuamente, no sólo con la falta de garantía de acceso a los servicios sociales antes reseñada, sino también con la disimetría de las competencias territoriales.

Siguiendo con las medidas generales a tomar, es clara la necesidad de establecer programas de criterios, normas y procedimientos vinculantes para las partes responsables de la coordinación, es decir, los órganos públicos gestores de la asistencia sanitaria y de los servicios sociales. La

aplicación continuada y la adopción de los oportunos ajustes de tales programas, por lo demás, obligan a tener órganos interadministrativos *ad hoc*. Por las divisiones funcionales y organizativas de las ramas sanitaria y de servicios sociales, no bastará con un único programa y un solo órgano de coordinación, sino que deben establecerse medios especializados en ciertas áreas, como la salud mental. En España se cuenta con algunas realizaciones en el nivel descrito. Como no se ha realizado una valoración comparativa de las mismas, es imposible ofrecer recomendaciones concretas. Cabe decir, en todo caso, que las comisiones coordinadoras existentes deben afrontar las grandes dificultades generadas por las deficiencias y disimetrías estructurales reseñadas antes.

Cabe citar aquí como medida general facilitadora de la conexión asistencial la previsión de externalizar ciertos procesos de atención sanitaria y de servicios sociales. No debe descartarse *a priori* esta posibilidad por considerarla impropia del ámbito público al que se refiere esta exposición, en cuanto que el derecho administrativo prevé que los poderes públicos ejerzan sus responsabilidades tanto por gestión directa –en nuestro caso, servicios sanitarios y sociales propios- como por contratación o concertación de servicios de empresas o de entidades no mercantiles. Esta opción puede estar indicada para ciertos casos complejos, es decir, demandantes de varias clases técnicas de prestaciones. Los organismos públicos estructuran su oferta directa por especialidades de carácter funcional, cuyas principales en el campo del bienestar son: sanitaria, educacional, laboral, de seguros de renta, habitacional y servicios sociales. Los agentes privados, en cambio, no están condicionados por pauta alguna en la estructuración de su oferta, de modo que les resulta fácil configurar servicios definidos por las demandas derivadas de afectaciones con demandas complejas (horizontalidad). Una buena parte de los casos de parálisis cerebral, en la fase infanto-juvenil, necesitan educación especial, rehabilitación, transporte adaptado y oferta de ocio también especiales. En la edad adulta, las necesidades derivadas de muchos casos de parálisis cerebral siguen siendo complejas. Las Administraciones Públicas no son capaces de cubrir de modo integral o bien coordinado tales demandas, por lo que es frecuente que recurran a contratar servicios con asociaciones y fundaciones especializadas. Las mismas suelen resolver las necesidades de conexión asistencial mediante la oferta integrada de prestaciones.

La externalización mediante contrato o concierto no supone privatización, pero si se incurre en ésta cuando las Administraciones Públicas solventan la acción protectora indicada –o cualquier otra de su responsabilidad- mediante subvenciones. Esta forma de relación público-privada no garantiza la protección de modo cabal y seguro, por lo que la responsabilidad de la misma queda en los usuarios y/o las entidades asistenciales privadas.

Quiero mencionar también la función coordinadora en lo público que están desempeñando ciertos foros y de estudio de carácter voluntario, no oficiales. Así ha ocurrido y ocurre en la atención temprana de nacidos con deficiencias o riesgo de desarrollarlas. A mi modo de ver esa atención temprana tiene carácter básicamente sanitario, pero el Sistema Nacional de Salud no le ha dado entrada; sólo alguna Comunidad Autónoma, al margen de las normas nacionales, lo ha hecho. Los servicios sociales han sido muy hospitalarios con la citada clase de prestación. Y también ha provisto recursos para la misma la rama educacional. En este contexto, las redes de intercambio y colaboración de profesionales –públicos y privados- está cumpliendo un papel estimable. Me parece importante destacar que en esos foros y redes han participado y participan, además de las profesiones facultativas, también las asistenciales. Lo que facilita, por vía informal, la práctica de derivaciones y conexiones.

En el orden negativo, considero conveniente para la coordinación objeto de esta exposición que no utilicemos en vano el término “sociosanitario/a”. Muy frecuentemente cuando no podemos resolver los problemas reales recurrimos a los símbolos y a la retórica, que tienen el riesgo de velar los problemas. En Cataluña se creó una red sociosanitaria que era solo sanitaria. Cantabria promulgó una Ley de atención sociosanitaria en virtud de su competencia en servicios sociales y era una norma sólo incidente en esa rama...

También en el orden negativo, quiero recordar el daño que causan, tanto para la materia que estamos considerando como para otras, las normas jurídicas proclamatorias, es decir, que no garantizan a los ciudadanos la protección social ni obligan a los poderes públicos a proveerla. En España - y más aun en Iberoamérica-, tenemos una gran afición por las leyes y otras normas jurídicas; pero descuidamos mucho la técnica jurídica de las mismas, en lo que radica la efectividad de lo que proclaman. La Ley de Autonomía y Dependencia dice que las CC. AA elaborarán planes de

prevención de la dependencia, lo cual parece plausible. Pero ocurre que: 1) las CC. AA. tenían —y tienen— esa obligación por su responsabilidad en la gestión de la acción sanitaria; 2) la Ley citada no establece medidas que garanticen la efectividad de su proposición preventiva. Así pues, esa disposición parece orientada a agradar al público, no a servirle.

4. RECURSOS RELATIVOS A LOS CASOS

Voy a terminar refiriéndome a un nivel que es inexcusable incluso en el mejor de los supuestos, es decir, cuando hubiéramos conseguido todo lo deseable para la coordinación en los regímenes institucionales, en las divisiones organizativas, en los programas de criterios y procedimientos de conexión... Y mucho más si tenemos, como nos ocurre, grave déficit en esos planos. Se trata del nivel de los casos. La buena circulación de los casos por los recursos sanitarios y sociales obliga a servirse de métodos y técnicas suficientemente diseñados y conocidos, pero escasamente implementados, como son la planificación del alta hospitalaria o la gestión de caso. En este momento resulta que para hacer una inversión financiera es necesario recurrir a un broker o asesor que te indique lo que más conviene y procede. Cuando se plantea una grave necesidad en los ámbitos que aquí estamos evocando, parece obvia la conveniencia de que se disponga de una ayuda análoga. En este punto mi propuesta es que se desarrollen y perfeccionen las previsiones de apoyos a los casos establecidas.

En la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud se prevé que la Atención Primaria actúe como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. En esa misma cartera de servicios se prevé también que la atención especializada garantice la continuidad de atención. En la asistencia sanitaria, por otra parte, se practica la planificación del alta. También en servicios sociales nos encontramos con algunas disposiciones que son propicias para el desarrollo de la gestión de casos o función semejante. La Comunidad de Madrid, en su Ley de dicha rama del año 2003 regula los profesionales de referencia (a mi parecer, lo hace de modo defectuoso, pues prevé la citada figura en el nivel primario y en el nivel especializado, con lo cual tendrá que haber un tercer profesional de referencia para que conecte a ambos...). Leyes posteriores, como las de Navarra, la de Cataluña y algunas más regulan el profesional de referencia, no solo para circular dentro de la rama de servicios sociales, sino también

para conectar con la rama sanitaria. Pues avancemos aprovechando los puntos de apoyo disponibles y previstos.

Ya que fue mencionado en mi presentación el Seminario de Intervención de Políticas Sociales (SIPOSO), quiero comentar una propuesta del mismo relacionada con el asunto que ahora nos ocupa. A principios de 2005, estando en fase de elaboración de la Ley de Autonomía y Dependencia, el SIPOSO hizo por propia iniciativa unas recomendaciones, que brindamos a las instancias competentes y otras interesadas -y algunas de ellas se tuvieron en cuenta, afortunadamente-. Una de tales recomendaciones postulaba que se incluyera como prestación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia la gestión de caso, es decir, el derecho a contar con un asistente asesor y gestor para circular por la cadena de trámites a superar y por la red recursos, tanto derivados de la citada Ley, como otros eventualmente necesarios para el afectado y/o sus cuidadores. No se atendió aquí es propuesta, pero tuvimos una validación de ella al conocer que, en el siguiente año, se introdujo el citado recurso en el Seguro de Dependencia alemán.

Este punto además, y con esto ya termino, me parece especialmente peliagudo en España, por lo que diré seguidamente. El Libro Blanco de la Dependencia abarcaba prestaciones sanitarias y de servicios sociales, aparte de alguna otra. La mixtura pareció acertada y aun obligada. Pero cuando comenzó a elaborarse el borrador de la Ley desaparecieron los mentores sanitarios; no se si porque ellos huyeron o porque les echaron. Por ese tiempo se estaba elaborando el Real Decreto de reforma de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Tengo en mi poder un borrador de dicha norma (de noviembre de 2005), el cual contaba con diez anexos, uno por cada una de las nueve clases de prestaciones definidas en Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud más otro relativo a la asistencia sanitaria cuyo importe debe reclamarse a terceros. Es decir, el Ministerio de Sanidad y el Consejo Territorial tenían la previsión de hacer una cartera de servicios por la que se garantizaba el acceso a todas las modalidades de prestaciones establecidas. Pero hete aquí que, estando ya en los últimos trámites de la Ley de Autonomía y Dependencia y siendo ya evidente que la misma había zafado, se había escaqueado, o como queramos decir, de la cobertura sanitaria, se suprimió el anexo correspondiente a la llamada prestación de asistencia sociosanitaria; la misma comprende, como indiqué antes, los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria

a la convalecencia y la rehabilitación de pacientes con déficit funcional. Es un caso escandaloso de coincidencia temporal en la omisión por dos agentes normativos: el Parlamento no cubrió ese frente porque la Ley de Autonomía y Dependencia obvió la cobertura sanitaria; el Gobierno, conociendo de modo indubitable esa circunstancia, excluyó de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud la garantía del acceso a la prestación de asistencia sociosanitaria.

En la circunstancia reseñada, la gestión de casos es el único medio, ya que no para resolver, al menos para paliar los graves problemas de conexión asistencial que se plantean en ciertas situaciones, anteriormente evocadas: derivación desde el hospital de agudos al de media o larga estancia, a una residencia asistida o al propio domicilio pero con servicios de ayuda; cambio urgente desde el domicilio a una residencia asistida o a un hospital de media estancia; acceso a servicios de apoyo a la permanencia en el domicilio en situaciones de urgencia; etc. Y no se invoquen para estos casos de urgencia asistencial las soluciones de la Ley de Autonomía y Dependencia pues, aparte de que excluye la asistencia sanitaria, establece requisitos y procedimientos incompatibles con las conexiones asistenciales rápidas.

Nada más, gracias.

SEGUNDO SIMPOSIUM
LA GESTION DEL SISTEMA DE SALUD

***“HOSPITALIZACION EN ASTURIAS EN RELACION CON ESPAÑA
EN 2007”***

MARTÍN CAICOYA GÓMEZ-MORÁN
Director del Foro

JUNIO DE 2009

RESUMEN

Se examina la hospitalización en Asturias en contraste con España ajustando por el tipo de hospital definido por el tamaño y cluster y en cada uno de estos segmentos se compara la estancia media ajustada por edad, sexo y gravedad, la mortalidad, las complicaciones hospitalarias relacionadas con la atención médica y la tasa de reingresos. El análisis se hace más exhaustivo para el Hospital Universitario Central Asturias, (HUCA) de más de 1000 camas, cluster 5. En el se contrastan también el comportamiento de los ingresos y estancias por patología. El resultado de este análisis muestra que La estancia media en Asturias en todos los hospitales es más larga que en España. Solo en los hospitales del cluster 3, de 200 a 500 camas, y 33% de las altas, las diferencias no son notables. El HUCA es un hospital que tiene un comportamiento diferente que la media de su grupo y cluster, demostrado principalmente en que la frecuentación es 2,5 veces más alta que en ellos, lo que indica que atiende a una población

más extensa, y por tanto, con una patología menos intensa, que el resto. Esto probablemente se deba en parte a que es el hospital general para el área más poblada, 32% del total. Esta peculiaridad determina su perfil. Sin embargo, no es excusa para su alta estancia media. Esta es más larga que la de los hospitales de la región incluso ajustando por severidad. Creemos que hay un amplio espacio para la mejora en la gestión hospitalaria en Asturias.

ARTÍCULO

La tasa de hospitalización en Asturias fue de 1.013 por cada 10000 habitantes, según la CMBD del Ministerio de Sanidad y Consumo, fuente que se emplea para todo este trabajo, el 22% más alta que la media española. Esta tasa más alta no se debe a que la población esté más envejecida porque lo es para casi todas las edades. Efectivamente, es el 58% más alta en mayores de 75 años, el 36% en los de 65 a 74, el 32% en los de 45 a 64, el 5% en los menores de 1 año. Pero es el 5% más baja en los de 15 a 44 y el 12% más baja en los menores de 15 años.

El que la tasa sea más alta que la media española no está claro cómo se debe interpretar pues si se compara con la media europea según Eurostat 161/1000, puede pensarse que hay un déficit de hospitalización y este es más acusado en España.

En el conjunto de España se hospitalizan un 10% más las mujeres que los hombres y se observa un patrón norte sur de hospitalización respecto al sexo y la severidad. Asturias, junto con Castilla León son las únicas regiones donde se hospitalizan más los hombres, en contraste con Andalucía donde se hospitalizan un 25% menos, cifras parecidas a las de Murcia, Canarias, Ceuta y Melilla. Extremadura, Castilla la Mancha y Madrid que hospitalizan alrededor de un 15% menos los hombres. Aragón, Cantabria, País Vasco y Galicia tienen un discreto índice de feminidad que no alcanza el 5%. Pero donde las diferencias son más notables es en la severidad. Los hombres se hospitalizan un 10% menos por causas moderadas y más de un 20% menos por causas leves. Sin embargo, por causas de severidad extrema se hospitalizan casi un 60% más y por causas de severidad mayor más de un 30%. Este patrón de comportamiento no es uniforme en toda España y muestra un interesante patrón norte sur que no parece que tenga que ver con la mortalidad.

Analizado por GRD categoría diagnóstica mayor, tabla 1, se observa que en prácticamente todas las categorías hay más ingresos en Asturias, especialmente notable es el aparato circulatorio y digestivo con un 50% más de ingresos. Hay que resaltar que entre estas dos patologías suman el 29% de todos los ingresos. El conjunto de trastornos nerviosos, digestivos y urinarios, que reúne al 20% de los ingresos, tienen una frecuentación el 25% más alta. Hay una única categoría en la que hay menos frecuentación, de forma clara, que es el embarazo parto y puerperio; es 18% menos frecuente y constituye el 9% de todos los ingresos.

El que haya más ingresos en Asturias que en España puede responder a que haya más patología, a que la medicina extrahospitalaria no tenga suficientes recursos o no sea efectiva, a una demanda mayor de la población o a una menor eficiencia del sistema hospitalario.

TABLA 1

Descripción CDM	RAZON AST ESPAÑA
Total Altas	1,24
Precategoría Diagnóstica Mayor	2,47
Enfermedades y trastornos del sistema nervioso	1,27
Enfermedades y trastornos del ojo	1,16
Enfermedades y trastornos de oído, nariz, boca y garganta	1,11
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	1,56
Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio	1,47
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	1,23
Enfermedades y trastornos del hígado, sistema biliar y páncreas	1,14
Enferm. y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conectivo	1,21
Enfermedades y trastornos de la piel, tejido subcutáneo y mama	1,18
Enfermedades y trastornos del sistema endocrino, nutricional y metabólico	1,12
Enfermedades y trastornos de riñón y vías urinarias	1,29
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor masculino	1,34
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino	1,26
Embarazo, parto y puerperio	0,82
Recién nacidos y neonatos con condición originadas en el periodo perinatal	1,07
Enfermedades y trastornos de la sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario	1,12
Enferm. y trastornos mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas	0,98
Enfermedades infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas	1,17
Enfermedades y trastornos mentales	1,54
Uso drogas y/o alcohol y trastornos mentales inducidas por drogas y/o alcohol	1,69
Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos	1,28
Quemaduras	1,19
Otras causas de atención sanitaria	1,08
Infecciones VIH	1,02
Traumatismo múltiple significativo	0,97

FUENTE: Ministerio de Sanidad y Política Social

CRITERIOS DE CALIDAD DEL SISTEMA

1. TASA DE REINGRESOS

La tasa de reingresos en 2007 fue de 8,66% en Asturias frente a 6,95% en España, tabla 2. Ajustada por severidad, tipo de alta y riesgo de mortalidad en España fue de 6,61% y los mejores resultados fueron 3,63 y ajustados 3,74%. Desde esa perspectiva se puede decir que el sistema hospitalario es menos eficiente en Asturias. Esta tasa es más alta tanto para reingresos tempranos, de menos de 8 días, (3,01% frente a 2,58%) como para reingresos entre 8 y 30 días (5,64% frente a 4,37%). Las diferencias se mantienen a través de todos los niveles de severidad; donde las diferencias son más altas, hasta el 40% es en las altas a otros hospitales y son más bajas, sólo del 7% en altas voluntarias.

Parece que hay en Asturias un problema de reingresos que no obedece ni a la severidad ni al tipo de alta, variables por las que influyen en este indicador. Quizá la alta tasa de reingresos explique en parte la tasa de hospitalización

Como ejemplo particular, la tasa de reingresos en el HUCA fue de 7,54%, (7,81% ajustado) frente a 6,65 de los hospitales de más de 1000 camas, cluster 5. Hay 4 hospitales que tienen una tasa más alta, una vez ajustada y 10 que la tienen más baja, de su grupo y cluster.

**TABLA 2: TASA DE REINGRESOS COMPARADA
ASTURIAS ESPAÑA 2007**

Comunidad Autónoma	Tasa de Reingresos	EM de Reingresos	Tasa reingresos < 8 días	Tasa reingresos de 8 a 30 días
Total Altas	6,95%	9,56	2,58%	4,37%
Andalucía	6,75%	9,20	2,76%	3,99%
Aragón	5,82%	10,21	1,99%	3,83%
Asturias (Principado de)	8,66%	9,69	3,01%	5,64%
Balears (Illes)	7,27%	9,08	2,74%	4,52%
Canarias	5,05%	11,44	1,87%	3,18%
Cantabria	6,80%	10,15	2,36%	4,44%
Castilla y León	8,36%	10,05	3,15%	5,21%
Castilla - La Mancha	7,98%	9,69	3,07%	4,91%
Cataluña	6,20%	8,63	2,27%	3,94%
Comunidad Valenciana	7,35%	8,19	2,77%	4,59%
Extremadura	7,81%	8,70	3,00%	4,81%
Galicia	8,23%	10,43	3,01%	5,23%
Madrid (Comunidad de)	6,18%	11,35	2,15%	4,03%
Murcia (Región de)	7,70%	9,41	2,90%	4,80%
Navarra (Comunidad Foral de)	5,28%	9,74	1,95%	3,33%
País Vasco	7,25%	9,74	2,42%	4,83%
Rioja (La)	6,84%	8,64	2,37%	4,47%
Ceuta	8,65%	7,29	3,65%	5,00%
Melilla	6,22%	9,39	2,50%	3,72%

FUENTE: Ministerio de Sanidad y Política Social

TASA DE MORTALIDAD

El porcentaje de mortalidad en 2007 fue el 4,69% en Asturias y el 4,12% en España. El mejores resultados fueron de 3,11% y ajustados ajustada por edad, severidad y complejidad 2,15%.

Donde las diferencias son más notables entre Asturias y España en mortalidad es en los casos de severidad desconocida y riesgo de mortalidad no especificada, en esos casos, a todas las edades, la mortalidad es entre 3 y

5 veces más alta. Sin embargo, en la severidad extrema con alto riesgo de mortalidad, excepto en menores de 1 año, la mortalidad es menor.

A partir de este análisis no se puede decir que la mortalidad en Asturias sea notablemente mayor que la de España y es, en los casos de peor pronóstico, mejor.

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ATENCION MÉDICA (CRAM)

En el numerador de este indicador figuran las altas en las que se haya codificado como diagnóstico secundario alguna de los siguientes:

996.999,995.2,995.4,960979,519.00519.09,415.11512.1,536,530.86,530.87, 569.6, 707.0, 664.20, 664.21, 664.24,664.30, 664.31, 664.34,665.30, 665.31,665.34, 665.40, 665.41,665.44,665.50, 665.51,665.54.

El porcentaje de complicaciones en el mejor hospital de España fue de 2,71 ajustado por grupo de edad, riesgo de mortalidad y complejidad subió a 3,37%. La tasa de CRAM fue del 7,24% en España y del 6,43% en Asturias. Esta diferencia se mantiene a través de todos los grados de severidad, a pesar de que en todos ellos la edad media es alrededor del 10% más alta en Asturias que en España.

Desde esta perspectiva, y con las reservas que merece este indicador habida cuenta que depende del grado de exhaustividad de la codificación, Asturias está mejor que España independientemente del grado de severidad o la edad de los hospitalizados.

ESTANCIA MEDIA EN ASTURIAS COMPARADA CON ESPAÑA

Para hacer este análisis se emplean los criterios de agrupación del Ministerio de Sanidad y Política Social.

La asignación de cluster por parte del Ministerio se basó en las siguientes dimensiones: Dotación tecnológica, actividad, estructura (camas y recursos humanos), complejidad de los casos tratados (case-mix), cartera de servicios y dimensión docente. En la tabla 3 se explican cómo son los hospitales de cada cluster

En Asturias, todos los hospitales de menos de 200 camas se clasifican en el cluster 2. Los hospitales entre 200 y 500 camas se pueden clasificar en el cluster 2 o 3.

Hay un hospital del cluster 5 con más de mil camas: HUCA

CARACTERIZACIÓN DE LOS GRUPOS DE HOSPITALES	
GRUPO 5	Hospitales muy grandes, con gran peso estructural y mucha actividad asistencial; más de 900 camas; más de 470 médicos y un número medio en torno a 300 MIR en 36 especialidades diferentes (mínimo 17). Muy avanzados tecnológicamente, con amplia cartera de servicios complejos (al menos 5 servicios complejos) y un case-mix medio de 1,618. Los grandes complejos entran en este grupo.
GRUPO 4	Grupo de grandes hospitales, pero con menor homogeneidad que entre los del grupo anterior. Entre aproximadamente 500 y 1000 camas y entre 200 y 900 médicos equivalentes a tiempo completo (ETC). Con una media de 4 servicios complejos, se caracteriza por tener un case-mix promedio medio muy alto (1,84), y por la intensidad docente: todos los hospitales del grupo tienen al menos 25 especialidades MIR acreditadas (media de 30) y más de 100 MIR.
GRUPO 3	Hospitales Medianos en torno a 500 camas (aunque con alta variabilidad), hasta 160 MIR y entre 100 y 500 médicos; atiende case-mix con cierta complejidad, 1,39 en promedio.
GRUPO 2	Este grupo contiene muchos hospitales. Menos de 500 camas, peso docente reducido aunque algunos tienen docencia MIR de hasta 8 especialidades distintas, pueden tener algún aparato de ATM y como máximo 2 servicios complejos. El índice de case-mix es superior a 1, con media cercana al 1,3.
GRUPO 1	Hospitales pequeños sin apenas dotación de ATM y case-mix inferior a 1. Menos de 200 médicos.

1. HOSPITALES DE MENOS DE 200 CAMAS

En los hospitales de menos de 200 camas de Asturias, todos en el cluster 2, constituyen el 17% de las altas, la estancia media era un 13% más alta que la media española en 2007 de su tamaño y cluster, lo que supone 14600 estancias más al año, un incremento del 12% en las estancias. La distribución por severidad no es muy diferente, por tanto, esta variable no explicaría la prolongación en las estancias.

TABLA 3. COMPARACIÓN ESTANCIA MEDIA ENTRE ASTURIAS Y ESPAÑA PARA HOSPITALES DEL CLUSTER 2 DE MENOS DE 200 CAMAS. 2007

	ASTURIAS	ASTURIAS	ASTURIAS	ASTURIAS	ESPAÑA	ESPAÑA	ESPAÑA	ESPAÑA	RAZONAST/ESP
	Nº Altas	Proporción	Nº Estancias	Est. Media	Nº Altas	Proporción	Nº Estancias	Est. Media	
SEVERIDAD	18115		125628	6,94	358910		2199737	6,13	1,13
Desconocido	6	0,03	36	6	1513	0,42	12325	8,15	0,74
Menor	10101	55,76	50200	4,97	200340	55,82	820991	4,1	1,21
Moderado	5669	31,29	49255	8,69	106552	29,69	809852	7,6	1,14
Mayor	2080	11,48	22840	10,98	44471	12,39	462827	10,41	1,06
Extremo	259	1,43	3297	12,73	6034	1,68	93742	15,54	0,82

En los ingresos de severidad menor la estancia media es el 21% más larga, el 14% en los de severidad moderada, el 5% en los de severidad mayor, sin embargo es el 10% más corta en los de severidad extrema.

En cuanto a la edad, en los menores de 1 año, la estancia media es el 27% más corta y es el 12% en los de 1 a 14 años; pero la estancia es el 12% más larga en los que tienen entre 15 y 44 años, es el 13% más prolongada en el grupo de edad de 45 a 64 el 7% en los de 65 a 74 y el 3% en los mayores de 75.

Examinado con más detalle se observa que en el grupo de severidad menor, que constituye el 55,7 % de las altas en Asturias frente al 55,8% en España, tanto varones como mujeres menores de 15 años tienen estancias más cortas en Asturias pero esto se invierte a partir de esa edad, algo más señaladamente en varones. En el grupo de severidad moderada, que constituye el 31,2% de las altas en Asturias frente al 29,7% en España, las estancias medias son más largas a todas las edades en varones sin embargo en mujeres se mantiene el patrón de severidad menor. En el grupo de severidad mayor, que constituye el 11,4% de las altas frente al 12,4% en España, los varones tienen hospitalizaciones más cortas hasta los 65 años, a partir de ahí son más prolongadas mientras las mujeres tienen siempre hospitalizaciones más largas que en España excepto en el grupo de edad 45 a 64. Finalmente en el grupo de severidad extrema la estancia media es más corta en Asturias en todos los grupos de edad excepto en varones de 45 a 64. Como cabe esperar por el cluster del hospital, en este grupo hay solo 259 altas de un total de 18115, el 1,4% frente al 1,6% en España.

De este somero análisis se deduce que en general en Asturias se prolongan las estancias de las personas en edades más altas mientras la

eficiencia en los pacientes jóvenes parece mejor. Por otra parte, el comportamiento en cuanto al perfil de hospitalización es muy similar al español en relación con la severidad que indica que están atendiendo a poblaciones semejantes pero es más favorable en cuanto a la edad, otra variable íntimamente ligada a la estancia. Por tanto, no parece que haya justificación para las que en Asturias haya una menor eficiencia que se traduce en un gasto mayor y la probabilidad más alta de efectos adversos por hospitalización.

HOSPITALES DE 200 A 500 CAMAS

Los hospitales de 200 a 500 camas (15% de las altas) del cluster 2 tienen una estancia media en Asturias, el 56% más alta, es decir, 1,86 días más por cada ingreso, que los hospitales del mismo tamaño y cluster del conjunto del Estado. Esto supone 25.397 más estancias de las que podrían producirse si se comportaran como los hospitales españoles de su grupo y tamaño, un incremento en las estancias del 19% en las estancias.

En la tabla 5 se observa la distribución por severidad y la estancia media por cada grado de esta variable en Asturias y España.

TABLA 4. COMPARACIÓN ESTANCIA MEDIA ENTRE ASTURIAS Y ESPAÑA PARA HOSPITALES DEL CLUSTER 2 DE MENOS DE 200 A 500 CAMAS. 2007

Severidad	Nº Altas	proporcion	Estancia Media	Nº Altas	proporcion	Estancia Media	Razon AS/Esp
Total Altas	474767		6,58	16317		8,14	1,24
Desconocido	2087	0,44	8,54				0,00
Menor	253982	53,50	4,32	8395	51,45	6,04	1,40
Moderado	150828	31,77	7,68	5926	36,32	9,4	1,22
Mayor	58588	12,34	11,52	1843	11,29	12,74	1,11
Extremo	9282	1,96	18,86	153	0,94	18,75	0,99

La proporción de ingresos en Asturias es algo más alta en moderados y menor en las otras categorías. Se observa que excepto en severidad extrema, en todas las categorías la EM es más alta en Asturias.

Entre las mujeres con ingresos con severidad menor la estancia media es más baja en Asturias en las que tienen menos de 45 años pero la tendencia se invierte en las mayores llegando a ser el 90% más larga en algunos grupos de edad. En los varones ocurre lo mismo, con la diferencia

de que la tendencia se invierte a los 15 años y nunca la estancia es más larga del 40% en Asturias.

En el grupo de severidad moderada, la estancia media es siempre más larga en mujeres excepto en las de menos de 1 año, que son sólo 18 ingresos. En varones la estancia también es más larga a partir de los 15 años, algo más corta en los niños, pero supone sólo 53 ingresos.

En el grupo de severidad mayor nuevamente ocurre lo mismo: en los grupos de edades jóvenes, hasta los 15 años, las estancias son más cortas en Asturias, pero se trata de pocos ingresos, y la tendencia se invierte entonces, llegando a ser un 28% más larga en algunos grupos de edad.

Finalmente, en el grupo de ingresos de severidad extrema, en varones las estancias medias son siempre más cortas y en mujeres son más largas a partir de los 65 años.

En resumen, la estancia media más larga se verifica en ambos sexos excepto en los grupos de edad más jóvenes, en todos los niveles de gravedad excepto en el extremo, que constituyen una proporción menor de los ingresos. En cuanto al perfil de ingresos en función de la gravedad, se observan ciertas diferencias, la proporción de ingresos es mayor en Asturias en los de severidad moderada y menor en el resto.

Desde este análisis, no se justifica el exceso de estancias.

HOSPITALES CLUSTER 3 DE 200 A 500 CAMAS

En los hospitales del cluster 3 que tienen entre 200 y 500 camas, (33% de las altas), la estancia media en Asturias es el 6% más larga, lo que supone 0,44 días más por ingreso y un total de 15728 estancias que podrían ahorrarse si se comportaran como los del conjunto de España.

TABLA 5. CONTRASTE ENTRE ESTANCIA MEDIA EN ASTURIAS Y ESPAÑA PARA HOSPITALES DEL CLUSTER 3 DE 200-500 CAMAS. 2007

Severidad	Nº Altas	proporcion	Estancia Media	Nº Altas	proporcion	Estancia Media	Razon AS/Esp
Total Altas	478910		6,98	35660		7,42	1,06
Desconocido	2019	0,42	8,49	146	0,41	12,4	1,46
Menor	256309	53,52	4,61	18608	52,18	5,49	1,19
Moderado	149640	31,25	8,08	12475	34,98	8,45	1,05
Mayor	60529	12,64	11,90	3891	10,91	11,30	0,95
Extremo	10413	2,17	20,64	540	1,51	20,99	1,02

La proporción de ingresos distribuida por severidad, tabla 6, demuestra que como en los otros hospitales de su tamaño, en Asturias la tendencia es a que haya un peso mayor en los de severidad moderada y la proporción es menor en el resto. Desde esta perspectiva, no se justifica por el perfil de riesgo la estancia media más larga. Sin ajustar por edad o sexo, las estancias son más largas en todos los niveles de severidad excepto en la denominada mayor.

Los ingresos con severidad menor, en ambos sexos, la estancia media es algo más corta en menores de 1 año, pero a partir de esa edad siempre las estancias son más largas. En el nivel moderado, se comporta también de forma similar en varones y mujeres con estancias más cortas en las personas de 1 a 14 años y las mayores de 75 y más largas en los otros grupos de edad. En el nivel de gravedad mayor, las estancias en mujeres son más largas en los niños, pero hay pocos ingresos, sin embargo en ancianos, donde se acumulan los ingresos las estancias son un 10% más cortas. En los varones las estancias tienden a ser algo más cortas en Asturias, alcanzando un 6% menos en los más ancianos. En el nivel de gravedad extrema, las estancias son más cortas excepto en el grupo de edad menor de 1 año, que son solamente 8 ingresos y en el de adultos, 28 ingresos. En varones en el grupo de edad mayores de 75 años, el más numeroso, las estancias son el 22% más largas.

En conjunto parece que los hospitales de este cluster y camas tienden a tener una proporción más alta de pacientes de gravedad moderada y menor del resto de las categorías, como ocurre con los hospitales de este mismo cluster de menos camas, tabla 4. La estancia media es ligeramente más alta, fundamentalmente por la demora en el alta de los pacientes con severidad menor, sin embargo, en algunos grupos de pacientes con más severidad las estancias son más cortas que en España, pero no se observa un patrón claro.

HOSPITALES DE MÁS DE 1000 CAMAS CLUSTER 5

Hay en Asturias un hospital de más de 1000 camas, que constituye el 36% de las altas, en el cluster 5 que tiene un papel dominante en la sanidad asturiana, tanto porque acumula casi el 40% de los ingresos, tabla 6, como porque es el hospital de referencia y teórico líder en la práctica clínica.



Frecuentación en Hospitalización

Fecha de emisión: 14/12/2009

Eje de análisis: Descriptivo básico

Año: 2007 Filtro: Comunidad Autónoma del Hospital = Asturias (Principado de) Criterio de Agrupación: Cluster de Hospital, Grupo de Hospital

Cluster Hospital	Grupo Hospital	Población	Total Altas en los hospitales de la CA por cada 10.000 habitantes	Altas en los hospitales de la CA (Subtotal de pacientes domiciliados en la misma CA por Hospital) por cada 10.000 habitantes	Total Altas de los pacientes domiciliados en la CA por cada 10.000 habitantes
Total Altas		1.058.743	1.029,36	1.019,33	1.029,36
Cluster 2	Menos de 200 Camas	1.058.743	171,10	168,43	171,10
Cluster 2	200-500 Camas	1.058.743	154,12	153,45	154,12
Cluster 3	200-500 Camas	1.058.743	336,81	334,54	336,81
Cluster 5	Más de 1.000 Camas	1.058.743	367,33	362,92	367,33

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Cualquier difusión o publicación total o parcial de estos datos deberá citar la fuente.

Dirección de la web: <http://www.mdm.unican.es/cmbd>

Su peso es mayor que el de otros hospitales de su categoría (en camas y cluster) de manera que la frecuentación en el HUCA es 2,5 veces más alta que la de éstas Tablas 7 y 8 y estas diferencias se mantienen a través de todos los grupos diagnósticos, con variaciones.

TABLA 7. FRECUENTACIÓN EN HOSPITALES CLUSTER 5 MAS DE 1000 CAMAS, CONTRASTE ASTURIAS/ESPAÑA POR CATEGORIA DIAGNOSTICA MAYOR

Frecuentación en Hospitalización

Fecha de emisión: 14/12/2009

Eje de análisis: Descriptivo básico

Año: 2007 Filtro: Grupo de Hospital = Más de 1000 Camas, Cluster de Hospital = Cluster 5 Criterio de agrupación: GRD: Categoría Diagnóstica Mayor (CDM)

CDMDescripción CDM	Altas España	%altas	Altas Asturias	%altas	Razon Ast/Esp
Total Altas	146,02		367,33		2,52
0 Precategoría Diagnóstica Mayor	2,69	1,84	22,69	6,18	8,43
1 Enfermedades y trastornos del sistema nervioso	8,72	5,97	29,06	7,91	3,33
2 Enfermedades y trastornos del ojo	2,02	1,38	3,75	1,02	1,86
3 Enfermedades y trastornos de oído, nariz, boca y garganta	6,03	4,13	15,98	4,35	2,65
4 Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	14,49	9,92	42,39	11,54	2,93
5 Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio	17,17	11,76	49,45	13,46	2,88
6 Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	13,16	9,01	30,18	8,22	2,29
7 Enfermedades y trastornos del hígado, sistema biliar y páncreas	6,68	4,58	14,33	3,90	2,14
8 Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conectivo	14,22	9,74	32,79	8,93	2,31
9 Enfermedades y trastornos de la piel, tejido subcutáneo y mama	4,09	2,80	10,61	2,89	2,60
10 Enfermedades y trastornos del sistema endocrino, nutricional y metabólico	2,62	1,79	6,69	1,82	2,56
11 Enfermedades y trastornos de riñón y vías urinarias	6,09	4,17	17,71	4,82	2,91
12 Enfermedades y trastornos del aparato reproductor masculino	2,11	1,44	7,13	1,94	3,38
13 Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino	4,00	2,74	11,28	3,07	2,82
14 Embarazo, parto y puerperio	24,62	16,86	33,63	9,16	1,37
15 Recién nacidos y neonatos con condición originadas en el periodo perinatal	3,97	2,72	9,41	2,56	2,37
16 Enfermedades y trastornos de la sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario	1,64	1,12	4,03	1,10	2,46
17 Enfermedades y trastornos mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas	2,73	1,87	6,67	1,82	2,44
18 Enfermedades infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas	2,14	1,46	3,69	1,01	1,73
19 Enfermedades y trastornos mentales	2,34	1,60	5,00	1,36	2,14
20 Uso drogas y/o alcohol y trastornos mentales inducidas por drogas y/o alcohol	0,39	0,27	1,47	0,40	3,74
21 Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos	1,50	1,02	3,79	1,03	2,53
22 Quemaduras	0,43	0,29	0,91	0,25	2,11
23 Otras causas de atención sanitaria	1,28	0,87	2,69	0,73	2,11
24 Infecciones VIH	0,60	0,41	1,25	0,34	2,08
25 Traumatismo múltiple significativo	0,30	0,21	0,77	0,21	2,54

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Sal

Dirección de la web: <http://www.mdm.unican.es/cmbd>

TABLA 8. FRECUENTACIÓN EN HOSPITALES CLUSTER 5 MAS DE 1000 CAMAS, CONTRASTE ASTURIAS/ESPAÑA POR GRANDES GRUPOS CIE

Frecuentación en Hospitalización
 Fecha de emisión: 14/12/2009
 Eje de análisis: Descriptivo básico
 Año: 2007 Filtro: Grupo de Hospital = Más de 1000 Camas, Cluster de Hospital = Cluster 5 Criterio de agrupación: Capítulo CIE

Capítulo	Descripción Capítulo CIE	Altas España	% altas	Altas Asturias	%altas	razón Ast/Esp
	Total Altas	146,02		367,33		2,52
1	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	2,96	2,03	5,62	1,53	1,90
2	NEOPLASIAS	15,17	10,39	45,27	12,32	2,98
3	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICION Y METABOLICAS Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD	2,38	1,63	6,41	1,75	2,70
4	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS	1,42	0,97	3,73	1,02	2,63
5	TRASTORNOS MENTALES	2,84	1,95	6,72	1,83	2,36
6	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS	4,49	3,07	13,24	3,60	2,95
7	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	18,80	12,88	58,93	16,04	3,13
8	ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	14,35	9,83	39,04	10,63	2,72
9	ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	15,07	10,32	32,86	8,95	2,18
10	ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	7,24	4,96	21,28	5,79	2,94
11	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	24,61	16,85	33,56	9,14	1,36
12	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	1,39	0,95	3,73	1,02	2,68
13	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMIARTICULAR Y TEJIDO CONECTIVO	6,74	4,61	17,63	4,80	2,62
14	ANOMALIAS CONGENITAS	2,66	1,82	3,81	1,04	1,43
15	CIERTAS ENFERMEDADES CON ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL	2,86	1,96	4,13	1,12	1,44
16	SINTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS	4,90	3,36	11,89	3,24	2,43
17	LESIONES Y ENVENENAMIENTOS	12,90	8,83	28,95	7,88	2,24
18	FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS	4,23	2,90	12,87	3,50	3,04
99	OTROS	1,03	0,71	17,65	4,80	17,11

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria.
 Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Sal

Dirección de la web: <http://www.mdm.unican.es/cmbd>

Los informes colocan repetidamente al HUCA como un hospital poco eficiente medido entre otras cosas por la estancia media, por el porcentaje de ingresos con complejidad que podría ser atendida en hospitales de menor dotación tecnológica y de personal cualificado y por la tasa de sustitución quirúrgica. Los profesionales, razonablemente, argumentan que los indicadores empleados no describen con suficiente validez lo que ocurre ya que son muchas las variables que influyen en la estancia media. El Ministerio de Sanidad ha tratado de examinar este problema y propone un método de ajuste polinómico en el que se tienen en cuenta las variables que influyen en los diferentes indicadores. En este trabajo se ha venido haciendo uso de la información a la que hemos podido tener acceso gracias a la cortesía de Ministerio. Hay una reserva importante. La información está desagregada por Comunidad Autónoma, grupo de hospital y cluster. Es fácil identificar el HUCA pues es el único en Asturias que tiene más de 1000 camas. Pero en las tablas de ajuste no se especifica

en qué CCAA se ubican los hospitales, sólo son identificables por su actividad conocida por otras fuentes. El problema es que para el ajuste no se pueden utilizar todos los ingresos, pues en algunos hay datos ausentes, así que si bien se muestran los ingresos sobre los que se hizo la operación, no coinciden con ningún hospital. Pero por proximidad y coherencia, se puede identificar.

ESTANCIA MEDIA

El Hospital Central Universitario de Asturias tiene una estancia media, en 2007, el 16% más larga que los de los hospitales de su tamaño y cluster. El valor ajustado descende un 0,37% lineal lo que no modifica apenas su posición. Está entre los 3 hospitales de su categoría con estancia media más larga. Esto significa un incremento del 14% en las estancias, 52132 estancias que se podrían ahorrar. La posibilidad de que la estancia sea más larga en Asturias debido al perfil de hospitalización no se corresponde con la realidad. En el hospital de Asturias el porcentaje de casos de extrema gravedad es del 1,5% frente al 2,4% en los de España y los de gravedad mayor es de 10,0% frente a 12,7% en España. Tabla 9.

TABLA 9. CONTRASTE ENTRE ESTANCIA MEDIA EN ASTURIAS Y ESPAÑA PARA HOSPITALES DEL CLUSTER 5 DE MÁS DE 1000 CAMAS. 2007

Severidad	Nº Altas	proporcion	Estancia Media	Nº Altas	proporcion	Estancia Media	Razón Ast/Esp
Total Altas	655266		8,52	38891		9,86	1,16
Desconocido	4713	0,72	10,54	1871	4,81	10,76	1,02
Menor	348859	53,24	5,23	20865	53,65	6,6	1,26
Moderado	202601	30,92	9,6	11726	30,15	11,59	1,21
Mayor	83090	12,68	15,52	3835	9,86	18,58	1,20
Extremo	16003	2,44	29,46	594	1,53	30,98	1,05

Lo inquietante es que la estancia en los pacientes calificados como de gravedad mayor es el 20% más larga. Otro aspecto inquietante es la proporción de ingresos con gravedad desconocida, que es el 4,8% en Asturias y el 0, 7% en España. Esto supone que la calidad de la codificación en Asturias no es la mejor. En este grupo, con gravedad no clasificada, no hay diferencia en las estancias medias entre España y Asturias, y si se juzgara por ese parámetro, estos casos son semejantes a los de gravedad moderada, que son el grupo mayor con el 30% de los ingresos.

Sin embargo, la distribución de la edad de los hospitalizados es menos favorable en Asturias y podría explicar algo el comportamiento de la estancia media. Efectivamente, un 24,4% de los pacientes ingresados tenían más de 75 años frente al 19,4% en España, y la estancia media, que es el 8% más larga en Asturias, es casi un tercio mayor a esta edad. También el grupo de edad de 50 a 64 es algo más grande en Asturias, el 16,5% y el 14,1% en España.

El único grupo de edad en el que la estancia media es más corta en Asturias es en el de menos de 1 año, que contribuyen a menos del 5% de todas las estancias. Si la población que ingresa tuviera la misma distribución etaria en Asturias que España, la estancia media bajaría de 9,86 a 9,23, lejos aún del 8,52 del conjunto de España.

El valor ajustado, por el conjunto de variables que influyen en la estancia media, que en este caso se incluyó grupo de edad, complejidad y severidad, para Asturias es de 9,44 mientras el mejor hospital de su grupo y cluster tiene un valor ajustado de estancia media de 7,36 días, lo que quiere decir que hay algo más de dos días de diferencia entre ambos hospitales, una vez se descarta como causa de la disparidad el perfil de ingresos de los hospitalizados. Un ahorro de dos días por ingreso, si se lograra que el hospital asturiano se comportara como el mejor español supondrían cerca de 80000 estancias.

De los quince hospitales que hay en España de su categoría en cuanto a cluster y número de camas, solo dos tienen estancias medias algo más largas, una vez ajustadas por edad, complejidad y severidad. En concreto las estancias de estos hospitales fueron de 9,57 y 9,56. El resto tiene estancias medias más cortas. Está claro que existe un espacio para la mejora que tiene que ver con la gestión más eficiente de la actividad clínica y posiblemente con la disponibilidad de alternativas a la hospitalización en centros de este tipo.

Comparado con los otros hospitales de Asturias, tabla 10, se observa, ajustando por severidad, que siempre tiene estancias medias más largas, excepto en algunos casos. Por tanto, desde esa perspectiva, la estancia excesiva en el HUCA no se justifica porque atienda casos de mayor gravedad que el resto de Asturias, por ser hospital de referencia. Es posible que algunos casos graves sean remitidos desde los hospitales regionales al HUCA, con lo que la estancia de estos casos en ellos puede ser más corta.

**TABLA 10. CONTRASTE ENTRE ESTANCIAS MEDIAS EN
LOS HOSPITALES ASTURIANOS AJUSTADO POR SEVERIDAD**



Estancia media
Fecha de emisión: 14/12/2009
Eje de análisis: Descriptivo básico
Año: 2007 **Filtro:** Comunidad Autónoma del Hospital = Asturias (Principado de) **Criterio de agrupación:** Severidad, Cluster de Hospital, Grupo de Hospital

Severidad	Cluster Hospital	Grupo Hospital	Nº Altas	Nº Estancias	Estancia Media
Total Altas			108.983	906.379	8,32
Desconocido	Cluster 2	Menos de 200 Camas	6	36	6,00
Desconocido	Cluster 3	200-500 Camas	146	1.810	12,40
Desconocido	Cluster 5	Más de 1000 Camas	1.871	20.125	10,76
Menor	Cluster 2	Menos de 200 Camas	10.101	50.200	4,97
Menor	Cluster 2	200-500 Camas	8.395	50.715	6,04
Menor	Cluster 3	200-500 Camas	18.608	102.129	5,49
Menor	Cluster 5	Más de 1000 Camas	20.865	137.710	6,60
Moderado	Cluster 2	Menos de 200 Camas	5.669	49.255	8,69
Moderado	Cluster 2	200-500 Camas	5.926	55.723	9,40
Moderado	Cluster 3	200-500 Camas	12.475	105.354	8,45
Moderado	Cluster 5	Más de 1000 Camas	11.726	135.872	11,59
Mayor	Cluster 2	Menos de 200 Camas	2.080	22.840	10,98
Mayor	Cluster 2	200-500 Camas	1.843	23.487	12,74
Mayor	Cluster 3	200-500 Camas	3.891	43.951	11,30
Mayor	Cluster 5	Más de 1000 Camas	3.835	71.267	18,58
Extremo	Cluster 2	Menos de 200 Camas	259	3.297	12,73
Extremo	Cluster 2	200-500 Camas	153	2.869	18,75
Extremo	Cluster 3	200-500 Camas	540	11.334	20,99
Extremo	Cluster 5	Más de 1000 Camas	594	18.405	30,98

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Cualquier difusión o publicación total o parcial de estos datos deberá citar la fuente.
Dirección de la web: <http://www.mdm.unican.es/cmbd>

MORTALIDAD HOSPITALARIA

La tasa de mortalidad hospitalaria es el 23% más alta en el HUCA que en los hospitales de su categoría, pero también la edad media es más alta, un 12%, sin embargo el peso medio es un 2% menor. Como cabe esperar, los éxitus tienen una edad media y peso más alto que el resto. Lo llamativo es que mientras en el conjunto de los hospitales de su grupo y cluster el peso medio se dobla, en Asturias apenas se incrementa, es decir, los que mueren hospitalizados, si bien tienen casi 20 años más, su peso sólo se incrementa el 9%. Tabla 11

En el ajuste de la mortalidad apenas hay cambios.

CRAM (complicaciones relacionadas con la atención médica)

La tasa de CRAM es un 39% más baja en el HUCA que en los hospitales de su categoría. Es un valor favorable, pero su valor depende de la calidad de los registros tanto como de la calidad de los cuidados. Ajustado desciende un 0,38% lineal. Tabla 11

TABLA 11. COMPLICACIONES RELACIONADAS CON ATENCIÓN MEDICA EN HOSPITALES CLUSTER 5 DE MÁS DE 1000 CAMAS



Complicaciones Relacionadas con la Atención Médica (CRAM)

Fecha de emisión: 14/12/2009

Eje de análisis: Descriptivo básico

Año: 2007 Filtro: Grupo de Hospital = Más de 1000 Camas, Cluster de Hospital = Cluster 5 Criterio de agrupación:

Comunidad Autónoma del Hospital

Comunidad Autónoma	Nº Altas	Estancia Media	Edad Media	Peso Medio	Mortalidad %	Número de altas con CRAM	Estancia Media altas CRAM	Edad Media altas CRAM	Peso Medio altas CRAM	Mortalidad altas CRAM	Tasa de CRAM
Total Altas	656.266	8,52	47,69	1,17	4,09%	55.752	15,17	53,02	2,07	7,97%	8,51%
Andalucía	199.913	8,44	46,20	1,18	4,34%	16.611	14,57	50,35	2,09	8,38%	8,31%
Aragón	44.276	7,77	48,53	1,10	3,60%	3.475	15,24	59,21	2,05	7,63%	7,89%
Asturias (Principado de)	38.891	9,86	53,22	1,15	5,06%	2.018	19,25	60,48	2,37	6,24%	5,19%
Cantabria	34.452	8,55	51,60	1,21	4,93%	4.577	13,61	56,16	1,90	9,00%	13,29%
Cataluña	46.962	8,15	47,73	1,28	3,32%	3.066	15,56	48,53	2,66	6,52%	6,53%
Comunidad Valenciana	48.900	7,80	43,17	1,20	3,82%	3.353	11,41	39,91	1,90	4,77%	6,86%
Galicia	76.927	9,95	51,80	1,19	4,30%	6.858	18,49	62,12	2,14	10,63%	8,91%
Madrid (Comunidad de)	164.945	8,14	46,56	1,14	3,73%	15.794	14,80	51,87	1,97	7,36%	9,58%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Cualquier difusión o publicación total o parcial de estos datos deberá citar la fuente.

Dirección de la web: <http://www.mdm.mdm.unican.es/cmbd>

REINGRESOS

La tasa de reingresos del HUCA se sitúa en 7,54% (2,65% antes de una semana y 4,89% entre más semana y menos de 5) y corregida se incrementa en un 0,14%. Con respecto a los hospitales de su categoría, se sitúa en una posición intermedia, lejos del mejor con una tasa corregida de 5,26% y del peor con una tasa de 9,41%.

AMBULATORIZACIÓN

La tasa de ambulatorización quirúrgica del HUCA, con un 25%, es el 27% más baja que la de los hospitales de su categoría, solamente superado por otro que tiene un tasa del 10%. El valor esperado, 33,7% ajustado por sus características, lo coloca en una posición más favorable. El ajuste hecho es por complejidad y sexo

CESAREAS

La tasa de cesáreas del HUCA se sitúa en el 27%, un 25% más alto que los hospitales de su categoría y la más alta de todos ellos. El ajuste apenas modifica la tasa.

EXAMEN POR CAUSAS EPECÍFICAS DE INGRESO EN EL HUCA RESPECTO A HOSPITALES ESPAÑOLES DE SU TAMAÑO Y CLUSTER

NEOPLASIAS EN EL HUCA

El conjunto de neoplasias, benignas y malignas constituyen el 15% de las estancias y el 12% de los ingresos en 2007. En relación con España, las neoplasias tienen un peso mayor, ya que en el conjunto de la nación ocupan el 12,% de las altas frente al 10,3%. La frecuentación es 3 veces más alta que en España para los hospitales de su categoría. La estancia media es un 5% más larga y la edad media un 5% mayor, sin embargo el peso medio es un 7% más bajo. Tabla 12

TABLA 12. CONTRASTE ENTRE DIFERENTES VARIABLES DE HOSPITALIZACION POR NEOPLASIAS EN LOS HOSPITALES DE MAS DE 1000 CAMAS, CLUSTER 5.



Complicaciones Relacionadas con la Atención Médica (CRAM)

Fecha de emisión: 14/12/2009

Eje de análisis: Descriptivo básico

Año: 2007 Filtro: Grupo de Hospital = Más de 1000 Camas, Capítulo CIE = 002-NEOPLASIAS, Cluster de Hospital = Cluster 5 Criterio de agrupación: Comunidad Autónoma del Hospital

Comunidad Autónoma	Nº Altas	Estancia Media	Edad Media	Peso Medio	Mortalidad %	Número de altas con CRAM	Estancia Media altas CRAM	Edad Media altas CRAM	Peso Medio altas CRAM	Mortalidad altas CRAM	Tasa de CRAM
Total Altas	68.074	11,61	58,69	1,64	9,02%	5.730	26,21	61,76	3,36	15,53%	8,42%
Andalucía	21.296	11,14	56,89	1,13	9,29%	1.833	23,54	60,46	3,21	16,20%	8,61%
Aragón	4.935	9,43	59,72	1,47	7,15%	364	20,66	64,96	3,10	13,74%	7,38%
Asturias (Principado de)	4.793	12,30	61,01	1,53	7,95%	257	27,91	62,89	3,41	12,46%	5,36%
Cataluña	2.980	12,12	61,54	1,86	10,03%	321	30,38	63,36	4,10	17,76%	10,77%
Castilla	4.838	10,56	58,57	1,80	7,90%	361	28,05	59,20	4,48	14,96%	7,46%
Comunidad Valenciana	4.279	10,99	54,90	1,79	9,25%	210	24,34	50,77	4,30	9,52%	4,91%
Galicia	8.664	13,70	62,01	1,65	9,43%	776	29,88	65,12	3,25	17,78%	8,96%
Madrid (Comunidad de)	16.289	11,95	58,78	1,59	9,40%	1.608	27,46	62,63	3,10	15,06%	9,87%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Cualquier difusión o publicación total o parcial de estos datos deberá citar la fuente.
Dirección de la web: <http://www.mdm.unican.es/icmpd>

NEOPLASIAS CAVIDAD ORAL Y FARINGE

Asturias se sitúa entre las regiones de Europa con incidencia más alta en varones por este conjunto de neoplasias. Es un problema relacionado con el consumo de alcohol y tabaco, que puede estar incrementado por la susceptibilidad genética.

La estancia media es el 7% más baja, quizá explicado en parte porque la edad media es el 3% menor y el peso medio el 5% más bajo. Completando el perfil positivo de la atención a este grupo de neoplasias, la mortalidad el 30% más baja y la tasa de CRAM el 2%.

TABLA 13. CONTRASTE ENTRE DIFERENTES VARIABLES DEHOSPITALIZACION POR NEOPLASIAS DE CAVIDAD ORAL Y FARINGE EN LOS HOSPITALES DE MAS DE 1000 CAMAS, CLUSTER 5.



Complicaciones Relacionadas con la Atención Médica (CRAM)

Fecha de emisión: 14/12/2009

Eje de análisis: Descriptivo básico

Año: 2007 Filtro: Grupo de Hospital = Más de 1000 Camas, Sección CIE = 140-149 Neoplasia maligna de labio, cavidad oral y faringe. Cluster de Hospital = Cluster 5 Criterio de agrupación: Comunidad Autónoma del Hospital

Comunidad Autónoma	Nº Altas	Estancia Media	Edad Media	Peso Medio	Mortalidad %	Número de altas con CRAM	Estancia Media altas CRAM	Edad Media altas CRAM	Peso Medio altas CRAM	Mortalidad altas CRAM	Tasa de CRAM
Total Altas	1.707	14,34	61,93	1,94	9,08%	220	35,55	62,19	3,26	16,36%	12,89%
Andalucía	525	14,91	61,79	1,92	11,05%	68	35,18	61,29	3,53	16,18%	12,95%
Aragón	107	9,91	66,70	1,88	12,15%	13	28,08	66,62	2,84	61,54%	12,15%
Asturias (Principado de)	174	13,40	60,36	1,85	6,32%	22	27,50	60,88	2,99	4,55%	12,64%
Cantabria	83	17,46	64,63	2,31	7,23%	18	41,06	63,61	3,23	11,11%	21,69%
Cataluña	151	12,15	61,48	2,32	5,96%	13	38,77	60,62	3,69	15,38%	8,61%
Comunidad Valenciana	54	7,89	59,57	1,65	7,41%	2	37,50	58,50	3,66	0,00%	3,70%
Galicia	293	12,22	61,55	1,88	9,49%	24	22,67	59,79	3,14	16,67%	9,49%
Madrid (Comunidad de)	360	17,95	61,68	1,89	8,33%	60	27,446	63,72	3,09	13,33%	16,67%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Cualquier difusión o publicación total o parcial de estos datos deberá citar la fuente.

Dirección de la web: <http://www.mdm.unican.es/cmbd>

NEOPLASIAS DIGESTIVAS

La incidencia y mortalidad por cáncer de colorectal está aumentando en Asturias constituyendo un problema de salud que la Consejería de Sanidad pretende abordar con un programa de detección precoz con sangre en heces.

La estancia media por neoplasias digestivas, de las que las más importantes son las de intestino grueso, es el 8% más larga que en los hospitales de su grupo y cluster, a pesar de que el peso medio es el 7% más bajo y la edad media el 2%. Como dato positivo, la mortalidad es el 28% más baja y la tasa de CRAM el 48%.

TABLA 14. CONTRASTE ENTRE DIFERENTES VARIABLES DEHOSPITALIZACION POR NEOPLASIAS DIGESTIVAS EN HOSPITALES MAS DE 1000 CAMAS, CLUSTER

En concreto, el cáncer colo-rectal tiene una estancia media que si bien es siempre larga en estos hospitales (17 días) en el HUCA se excede en el 27%, la más alta de su categoría. Este peor comportamiento no se puede explicar ni por el peso, que es el 5% más bajo, ni por la edad donde no hay apenas diferencias. En cuanto a la mortalidad, el perfil es más positivo, con un 19% más baja, así como la tasa de CRAM, un 54% menor. Ver siguiente tabla.



Complicaciones Relacionadas con la Atención Médica (CRAM)

Fecha de emisión: 14/12/2009

Eje de análisis: Descriptivo básico

Año: 2007 Filtro: Grupo de Hospital = Más de 1000 Camas, Sección CIE = 150-159 Neoplasias malignas de los órganos digestivos y del peritoneo. Cluster de Hospital = Cluster 5 Criterio de agrupación: Comunidad Autónoma del Hospital

Comunidad Autónoma	Nº Altas	Estancia Media	Edad Media	Peso Medio	Mortalidad %	Número de altas con CRAM	Estancia Media altas CRAM	Edad Media altas CRAM	Peso Medio altas CRAM	Mortalidad altas CRAM	Tasa de CRAM
Total Altas	11.167	18,84	67,86	2,13	15,09%	1.585	29,97	68,67	3,94	19,68%	14,19%
Andalucía	3.232	15,40	66,85	2,13	17,08%	486	25,22	67,93	3,76	21,60%	15,04%
Aragón	732	14,02	69,45	1,87	11,75%	84	24,23	69,79	3,60	16,67%	11,48%
Asturias (Principado de)	648	18,23	67,71	1,99	12,50%	48	34,46	67,81	4,37	22,92%	7,41%
Cantabria	532	17,23	68,95	2,31	15,79%	100	33,52	69,74	4,26	17,00%	18,80%
Cataluña	760	14,25	68,61	2,46	13,29%	108	31,27	69,36	5,12	20,37%	14,21%
Comunidad Valenciana	780	12,75	65,79	1,90	15,26%	61	19,02	68,97	3,68	9,84%	7,82%
Galicia	1.778	19,92	69,29	2,16	13,84%	241	36,59	69,25	4,03	20,75%	13,55%
Madrid (Comunidad de)	2.705	18,78	67,89	2,14	15,38%	457	32,49	68,58	3,78	19,04%	16,89%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Cualquier difusión o publicación total o parcial de estos datos deberá citar la fuente.

Dirección de la web: <http://www.mdm.unican.es/cmbd>

TABLA 15. CONTRASTE ENTRE DIFERENTES VARIABLES DEHOSPITALIZACION POR NEOPLASIAS INTESTINO GRUESO EN LOS HOSPITALES DE MAS DE 1000 CAMAS, CLUSTER



Complicaciones Relacionadas con la Atención Médica (CRAM)

Fecha de emisión: 14/12/2009

Eje de análisis: Descriptivo básico

Año: 2007 Filtro: Grupo de Hospital = Más de 1000 Camas, Cluster de Hospital = Cluster 5, Listado ISHMT = 0201

Neoplasias malignas de colon, recto y ano. Criterio de agrupación: Comunidad Autónoma del Hospital

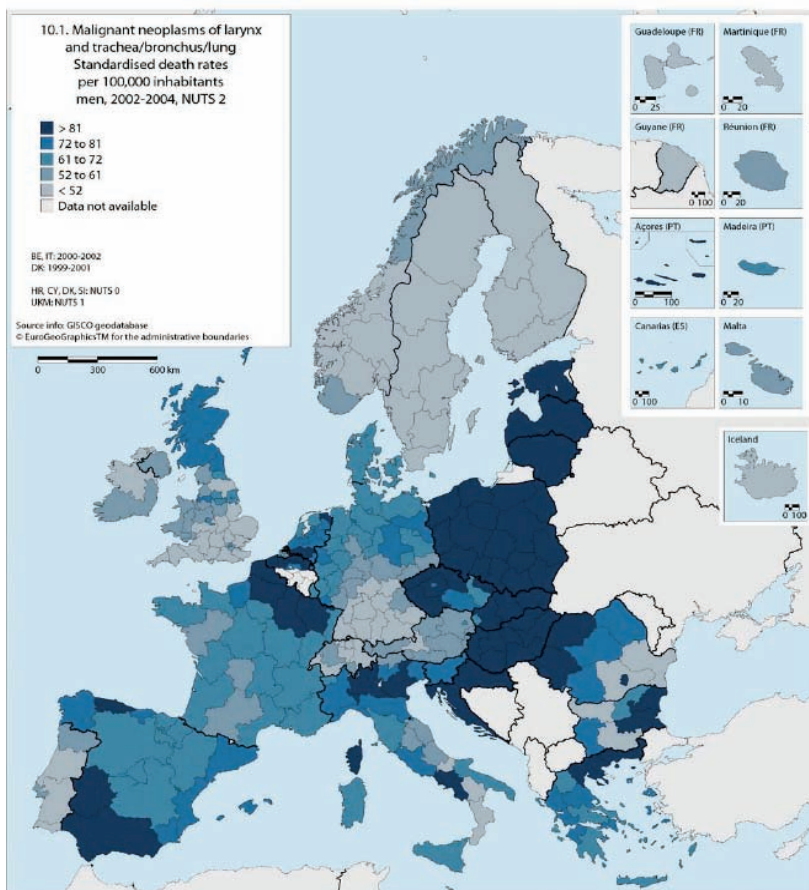
Comunidad Autónoma	Nº Altas	Estancia Media	Edad Media	Peso Medio	Mortalidad %	Número de altas con CRAM	Estancia Media altas CRAM	Edad Media altas CRAM	Peso Medio altas CRAM	Mortalidad altas CRAM	Tasa de CRAM
Total Altas	5.265	17,26	69,69	2,18	11,47%	888	29,01	70,57	3,55	17,12%	18,97%
Andalucía	1.542	15,65	68,08	2,23	13,55%	285	24,45	69,06	3,30	20,94%	18,49%
Aragón	384	14,23	70,92	2,02	8,33%	48	22,50	69,56	3,75	18,75%	12,50%
Asturias (Principado de)	304	22,01	70,13	2,07	7,89%	24	40,67	72,29	3,88	25,00%	7,89%
Cantabria	240	14,98	70,53	2,19	7,92%	43	26,72	72,12	3,54	11,63%	17,92%
Cataluña	367	13,41	70,46	2,37	10,90%	62	28,55	71,79	4,19	12,90%	16,89%
Comunidad Valenciana	320	14,06	69,10	1,93	16,56%	46	19,78	70,61	3,39	10,87%	14,38%
Galicia	812	21,42	70,31	2,09	9,48%	125	38,48	71,03	3,35	16,00%	15,39%
Madrid (Comunidad de)	1.296	18,65	70,53	2,26	11,57%	255	31,75	71,48	3,75	16,47%	19,68%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Cualquier difusión o publicación total o parcial de estos datos deberá citar la fuente.

Dirección de la web: <http://www.mdm.unican.es/cmbd>

NEOPLASIAS RESPIRATORIAS

Asturias, junto con Andalucía y Extremadura, tiene las tasas más altas de cáncer de pulmón en varones de España y una de las más altas del conjunto de la CEE, gráfico 1, tomado de la CEE.



100,000 they are now far above the EU average, preceded cohorts of developed Europe. In the former socialist Central

La estancia media por neoplasias respiratorias, de las que pulmón es la más importante, es el 10% más corta que en los hospitales de su categoría. Quizá se explica este dato positivo en parte porque el peso es un 14% más bajo; la edad es casi idéntica. Completando este aspecto positivo de la atención, la mortalidad es 9% más baja y la tasa de CRAM un 49%.
Tabla 16

TABLA 16. CONTRASTE ENTRE DIFERENTES VARIABLES DEHOSPITALIZACION POR NEOPLASIAS RESPIRATORIAS EN LOS HOSPITALES DE MAS DE 1000 CAMAS, CUSTER



Complicaciones Relacionadas con la Atención Médica (CRAM)

Fecha de emisión: 14/12/2009

Eje de análisis: Descriptivo básico

Año: 2007 Filtro: Grupo de Hospital = Más de 1000 Camas, Sección CIE = 160-165 Neoplasia maligna de los órganos respiratorios e intratorácicos, Cluster de Hospital = Cluster 5 Criterio de agrupación: Comunidad Autónoma del Hospital

Comunidad Autónoma	Nº Altas	Estancia Media	Edad Media	Peso Medio	Mortalidad %	Número de altas con CRAM	Estancia Media altas CRAM	Edad Media altas CRAM	Peso Medio altas CRAM	Mortalidad altas CRAM	Tasa de CRAM
Total Altas	6.686	13,80	64,56	1,69	16,45%	773	21,73	65,72	2,71	19,92%	11,96%
Andalucía	1.991	15,03	63,30	1,78	16,22%	248	22,98	64,23	2,73	16,94%	12,46%
Aragón	491	10,10	65,89	1,68	13,24%	75	16,29	66,97	2,94	10,67%	15,27%
Asturias (Principado de)	540	12,43	64,37	1,46	15,00%	32	19,59	63,47	2,28	21,88%	5,93%
Cantabria	332	15,49	66,32	1,80	21,08%	56	25,43	68,86	3,97	25,00%	16,87%
Cataluña	483	11,47	64,35	1,95	14,08%	34	21,21	65,41	5,13	29,41%	7,04%
Comunidad Valenciana	400	13,41	63,57	1,64	20,00%	13	24,23	55,92	2,37	7,69%	3,25%
Galicia	954	15,19	64,36	1,66	14,99%	132	20,58	65,80	2,50	21,97%	13,84%
Madrid (Comunidad de)	1.495	13,48	65,96	1,60	18,06%	183	22,24	67,38	2,28	23,50%	12,24%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Cualquier difusión o publicación total o parcial de estos datos deberá citar la fuente.

Dirección de la web: <http://www.mdm.unican.es/cmbd>

NEOPLASIA HUESOS, TEJIDO CONJUNTIVO, PIEL Y MAMA (170-176)

En este grupo heterogéneo se incluye la mama, neoplasia femenina más frecuente que recibe desde hace años especial atención con programas específicos de detección precoz y tratamiento establecido con guías de consenso.

La estancia media para este conjunto de cánceres es el 40% más larga, y no se explica ni por el peso que es el 1% más bajo ni por la edad, el 1% mayor. Como dato positivo, la mortalidad es el 36% más baja, sin embargo, la tasa de CRAM es un 21% más alta. Tabla 17

TABLA 17. CONTRASTE ENTRE DIFERENTES VARIABLES DEHOSPITALIZACION POR NEOPLASIAS HUESOS, TEJIDO CONJUNTIVO, PIEL Y MAMA EN LOS HOSPITALES DE MAS DE 1000 CAMAS, CLUSTER



Complicaciones Relacionadas con la Atención Médica (CRAM)

Fecha de emisión: 14/12/2009

Eje de análisis: Descriptivo básico

Año: 2007 Filtro: Grupo de Hospital = Más de 1000 Camas, Sección CIE = 170-176 Neoplasia maligna del hueso, tejido conectivo, piel y mama. Cluster de Hospital = Cluster 5 Criterio de agrupación: Comunidad Autónoma del Hospital

Comunidad Autónoma	Nº Altas	Estancia Media	Edad Media	Peso Medio	Mortalidad %	Número de altas con CRAM	Estancia Media altas CRAM	Edad Media altas CRAM	Peso Medio altas CRAM	Mortalidad altas CRAM	Tasa de CRAM
Total Altas	7.401	7,42	59,07	1,09	3,22%	332	21,20	63,33	2,26	5,72%	4,49%
Andalucía	2.709	7,61	57,03	1,08	3,58%	118	19,72	64,40	1,93	8,47%	4,36%
Aragón	609	5,22	62,23	1,02	2,79%	17	15,47	62,12	2,99	11,76%	2,79%
Asturias (Principado de)	404	10,40	59,87	1,08	1,73%	22	36,23	68,68	2,64	0,00%	5,45%
Cantabria	250	7,30	63,93	1,07	4,00%	10	45,50	62,10	3,80	10,00%	4,00%
Cataluña	511	7,27	58,29	1,16	1,57%	15	18,67	60,87	2,05	0,00%	2,94%
Comunidad Valenciana	359	7,71	55,67	1,17	6,41%	12	29,58	50,83	2,52	8,33%	3,34%
Galicia	976	7,55	62,55	1,01	2,66%	41	18,27	64,22	2,04	4,88%	4,20%
Madrid (Comunidad de)	1.583	7,10	59,26	1,12	3,16%	97	18,67	62,70	2,30	3,09%	6,13%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Cualquier difusión o publicación total o parcial de estos datos deberá citar la fuente.

Dirección de la web: <http://www.mdm.unican.es/cmbd>

En concreto, la mama, a pesar de que el peso medio es un 3% más bajo y no hay diferencias en la edad, la estancia media es el 33% más larga. Como dato positivo, la mortalidad es un 5% más baja y la tasa de CRAM el 37%.

TABLA 18. CONTRASTE ENTRE DIFERENTES VARIABLES DEHOSPITALIZACION POR NEOPLASIAS MAMA EN LOS HOSPITALES DE MAS DE 1000 CAMAS, CLUSTER



Complicaciones Relacionadas con la Atención Médica (CRAM)

Fecha de emisión: 14/12/2009

Eje de análisis: Descriptivo básico

Año: 2007 Filtro: Grupo de Hospital = Más de 1000 Camas, Cluster de Hospital = Cluster 5, Listado ISHMT = 0204 Neoplasia maligna de la mama Criterio de agrupación: Comunidad Autónoma del Hospital

Comunidad Autónoma	Nº Altas	Estancia Media	Edad Media	Peso Medio	Mortalidad %	Número de altas con CRAM	Estancia Media altas CRAM	Edad Media altas CRAM	Peso Medio altas CRAM	Mortalidad altas CRAM	Tasa de CRAM
Total Altas	4.189	6,46	58,07	1,03	3,46%	185	14,30	63,76	1,93	3,78%	4,42%
Andalucía	1.418	6,66	57,60	1,04	4,02%	66	13,30	62,36	1,79	7,58%	4,65%
Aragón	289	5,18	57,58	1,00	2,77%	4	5,00	67,00	1,82	0,00%	1,38%
Asturias (Principado de)	212	8,56	56,42	1,03	3,30%	6	16,33	69,33	1,77	0,00%	2,83%
Cantabria	129	6,88	58,79	0,97	4,65%	1	125,00	86,00	2,12	0,00%	0,78%
Cataluña	360	6,21	59,61	0,97	1,11%	9	13,89	58,00	1,99	0,00%	2,50%
Comunidad Valenciana	230	5,80	59,45	1,01	6,96%	5	15,00	61,20	1,91	20,00%	2,17%
Galicia	613	6,09	58,35	1,01	2,45%	27	12,56	67,74	2,03	0,00%	4,40%
Madrid (Comunidad de)	938	6,51	58,09	1,06	3,41%	67	14,70	63,46	2,05	1,49%	7,14%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Cualquier difusión o publicación total o parcial de estos datos deberá citar la fuente.

Dirección de la web: <http://www.mdm.unican.es/cmbd>

NEOPLASIAS MALIGNAS GENITOURINARIAS

En este grupo se incluye la próstata, cáncer cuya incidencia se está incrementando en todo el mundo occidental, especialmente donde la detección con PSA está extendida, y cuya mortalidad se mantiene estable. Además figura el cáncer de vejiga urinaria que en Asturias tiene especial relevancia por las exposiciones industriales.

La estancia media es el 10% más corta que la media de los hospitales de su grupo, en parte debido a que el peso medio es un 5% más bajo pero la edad es un 3% más alta. La mortalidad es un 31% más baja y la tasa de CRAM un 48% menor. Tabla 19

TABLA 19. CONTRASTE ENTRE DIFERENTES VARIABLES DEHOSPITALIZACION POR NEOPLASIA GENITOURINARIAS EN LOS HOSPITALES DE MAS DE 1000 CAMAS, CLUSTER



Complicaciones Relacionadas con la Atención Médica (CRAM)
Fecha de emisión: 14/12/2009
Eje de análisis: Descriptivo básico
Año: 2007 Filtro: Grupo de Hospital = Más de 1000 Camas, Sección CIE = 179-189 Neoplasia maligna de órganos genitourinarios, Cluster de Hospital = Cluster 5 Criterio de agrupación: Comunidad Autónoma del Hospital

Comunidad Autónoma	Nº Altas	Estancia Media	Edad Media	Peso Medio	Mortalidad %	Número de altas con CRAM	Estancia Media altas CRAM	Edad Media altas CRAM	Peso Medio altas CRAM	Mortalidad altas CRAM	Tasa de CRAM
Total Altas	11.287	8,41	65,24	1,21	5,39%	739	21,01	66,68	2,18	10,83%	8,55%
Andalucía	3.316	7,95	64,46	1,20	6,94%	219	17,93	65,20	2,11	13,24%	6,60%
Aragón	836	9,42	65,70	1,21	2,99%	54	20,81	66,39	2,37	12,96%	6,46%
Asturias (Principado de)	939	7,59	67,12	1,15	3,73%	36	27,61	66,67	2,46	5,96%	3,83%
Cantabria	421	9,85	65,42	1,16	7,36%	28	23,25	64,71	2,05	21,43%	6,65%
Cataluña	786	6,77	64,86	1,31	2,54%	41	19,05	68,46	2,53	7,32%	5,22%
Comunidad Valenciana	768	7,65	66,00	1,18	6,38%	19	20,68	67,68	2,06	15,79%	2,47%
Galicia	1.441	10,60	65,69	1,27	5,90%	106	27,08	68,42	2,22	12,26%	7,36%
Madrid (Comunidad de)	2.780	8,25	65,05	1,22	4,78%	236	20,29	67,19	2,09	7,20%	8,49%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Cualquier difusión o publicación total o parcial de estos datos deberá citar la fuente.
Dirección de la web: <http://www.mdm.unican.es/icmbd>

La próstata, como cabía esperar, constituye un número importante de este grupo de neoplasia, con una estancia media espectacularmente corta, casi la mitad que la media de la de los hospitales de su categoría. No se explica por la edad, que es algo más alta, ni por el peso, que si bien es menor, es sólo el 11% más bajo. Completando este perfil positivo, la tasa de mortalidad es menos de la mitad y la de CRAM el 90% menor. Tabla 20.

TABLA 20. CONTRASTE ENTRE DIFERENTES VARIABLES DEHOSPITALIZACION POR NEOPLASIA DE PROSTATA EN LOS HOSPITALES DE MAS DE 1000 CAMAS, CLUSTER



Complicaciones Relacionadas con la Atención Médica (CRAM)
Fecha de emisión: 14/12/2009
Eje de análisis: Descriptivo básico
Año: 2007 Filtro: Grupo de Hospital = Más de 1000 Camas, Cluster de Hospital = Cluster 5, Listado ISHM = 0207
Neoplasia maligna de la próstata Criterio de agrupación: Comunidad Autónoma del Hospital

Comunidad Autónoma	Nº Altas	Estancia Media	Edad Media	Peso Medio	Mortalidad %	Número de altas con CRAM	Estancia Media altas CRAM	Edad Media altas CRAM	Peso Medio altas CRAM	Mortalidad altas CRAM	Tasa de CRAM
Total Altas	2.272	6,40	66,35	1,32	4,58%	122	15,27	67,81	1,71	9,02%	5,37%
Andalucía	428	6,98	65,64	1,36	7,01%	27	15,19	68,59	1,55	11,11%	6,31%
Aragón	147	7,50	64,18	1,32	2,72%	9	16,00	66,22	1,60	11,11%	6,12%
Asturias (Principado de)	378	3,56	67,03	1,17	2,12%	2	11,00	67,50	1,73	0,00%	0,53%
Cantabria	58	8,43	65,62	1,26	8,62%	2	16,00	73,00	1,45	50,00%	3,45%
Cataluña	156	5,03	66,76	1,25	0,64%	5	9,20	67,20	1,58	0,00%	3,21%
Comunidad Valenciana	174	4,90	66,74	1,32	4,02%	6	10,50	63,33	1,60	0,00%	3,45%
Galicia	380	8,71	67,28	1,36	4,74%	31	19,19	66,68	2,06	9,68%	8,16%
Madrid (Comunidad de)	551	6,67	66,20	1,38	5,63%	40	13,78	69,02	1,60	7,50%	7,26%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Cualquier difusión o publicación total o parcial de estos datos deberá citar la fuente.
Dirección de la web: <http://www.mdm.unican.es/icmbd>

En cambio en vejiga tiene una estancia media un 24% más larga y aunque la edad es el 2% mayor, el peso es prácticamente igual, por lo que no se justifica por estas variables. La mortalidad es algo menos de la mitad pero la tasa de complicaciones es más alta. Tabla 21.

TABLA 21. CONTRASTE ENTRE DIFERENTES VARIABLES DEHOSPITALIZACION POR NEOPLASIA DE VEJIGA EN LOS HOSPITALES DE MAS DE 1000 CAMAS, CLUSTER



Complicaciones Relacionadas con la Atención Médica (CRAM)
Fecha de emisión: 14/12/2009
Eje de análisis: Descriptivo básico
Año: 2007 Filtro: Grupo de Hospital = Más de 1000 Camas, Cluster de Hospital = Cluster 5, Listado ISHMT = 0208
Neoplasia maligna de la vejiga Criterio de agrupación: Comunidad Autónoma del Hospital

Comunidad Autónoma	Nº Altas	Estancia Media	Edad Media	Peso Medio	Mortalidad %	Número de altas con CRAM	Estancia Media altas CRAM	Edad Media altas CRAM	Peso Medio altas CRAM	Mortalidad altas CRAM	Tasa de CRAM
Total Altas	4.774	8,01	69,70	0,88	4,27%	295	25,07	70,60	2,30	12,88%	6,18%
Andalucía	1.561	6,87	68,81	0,96	4,87%	89	21,42	68,07	2,20	13,48%	5,70%
Aragón	422	7,89	69,70	0,97	1,90%	26	20,27	69,81	2,18	7,69%	6,16%
Asturias (Principado de)	300	9,91	71,00	0,97	2,00%	21	32,52	70,24	2,64	9,52%	7,00%
Cantabria	198	7,83	68,03	0,85	3,03%	7	31,71	65,00	2,36	14,29%	3,54%
Cataluña	346	6,18	69,57	0,91	2,60%	14	24,57	74,36	2,11	14,29%	4,05%
Comunidad Valenciana	343	7,55	70,15	0,89	4,96%	5	24,20	70,20	2,20	40,00%	1,46%
Galicia	527	11,54	69,77	1,05	6,26%	48	36,42	73,40	2,40	16,67%	9,11%
Madrid (Comunidad de)	1.077	8,22	70,80	1,04	4,55%	885	21,72	71,87	2,33	10,59%	7,89%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Cualquier difusión o publicación total o parcial de estos datos deberá citar la fuente.
Dirección de la web: <http://www.mdm.unican.es/icmbd>

En cáncer de útero también la estancia media es más alta, un 17% y no se explica por su peso medio que es un 13% más bajo, aunque la edad media es discretamente mayor. Como dato positivo, la mortalidad es el 32% más baja y la tasa de CRAM el 64%.

ENFER. Y TASTRONOS DEL APARATO CIRCULATORIO

El conjunto de estas enfermedades era en los años 80 el 50% de la mortalidad pero fue el 33% en 2007. Las causas de este descenso se deben buscar en la modificación de los hábitos, pero también en la mejor atención sanitaria.

La estancia media por el conjunto de esas causas es 18% más larga que en los hospitales de su categoría, en parte se puede explicar porque el peso medio es el 8% mayor y la edad media un 5% más alta. Como dato positivo, la mortalidad es el 25% más baja y un 14% la tasa de CRAM. Tabla 22.

TABLA 22. CONTRASTE DE DIFERENTES VARIABLES DEHOSPITALIZACION POR ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO. HOSPITALES MAS DE 1000 CAMAS, CLUSTER



GOBIERNO DE ASTURIAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES SANITARIAS

Complicaciones Relacionadas con la Atención Médica (CRAM)

Fecha de emisión: 14/12/2009

Eje de análisis: Descriptivo básico

Año: 2007 Filtro: Grupo de Hospital = Más de 1000 Camas, GRD: Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) = 005- Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio, Cluster de Hospital = Cluster 5 Criterio de agrupación: Comunidad Autónoma del Hospital

Comunidad Autónoma	Nº Altas	Estancia Media	Edad Media	Peso Medio	Mortalidad %	Número de altas con CRAM	Estancia Media Altas CRAM	Edad Media Altas CRAM	Peso Medio Altas CRAM	Mortalidad Altas CRAM	Tasa de CRAM
Total Altas	77.069	9,62	65,54	1,68	5,38%	9.559	17,46	68,28	2,78	10,68%	12,40%
Aragón	5.449	9,89	67,81	1,63	4,53%	842	18,67	71,00	2,87	8,19%	15,45%
Asturias (Principado de)	5.235	11,31	69,15	1,82	4,03%	559	19,62	72,70	2,66	6,08%	10,68%
Cantabria	5.269	8,14	68,78	1,74	6,09%	707	17,52	72,65	2,79	14,29%	13,42%
Cataluña	5.177	8,14	64,92	1,75	3,34%	576	15,86	61,01	3,37	7,29%	11,13%
Comunidad Valenciana	4.586	9,02	62,59	1,65	6,41%	300	16,63	63,13	2,92	13,00%	6,54%
Galicia	10.835	10,12	66,95	1,67	4,24%	1.405	18,16	70,73	2,60	10,32%	12,97%
Madrid (Comunidad de)	16.698	9,70	63,99	1,72	5,52%	2.329	16,56	67,11	2,75	9,19%	13,95%

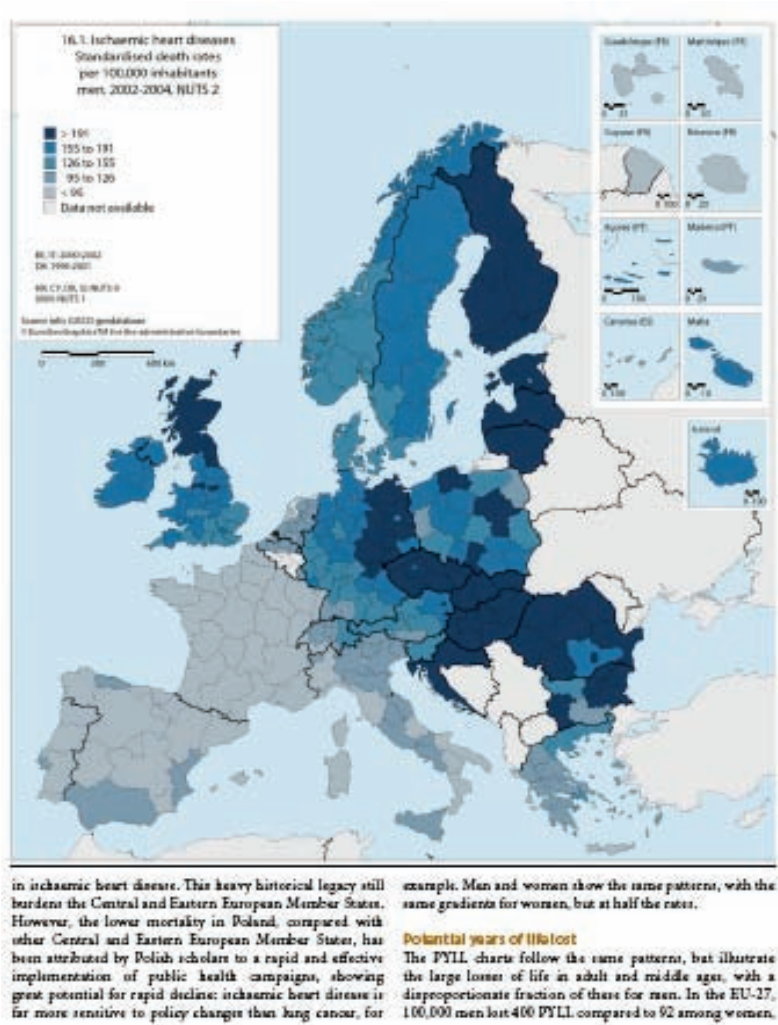
Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Cualquier difusión o publicación total o parcial de estos datos deberá citar la fuente.

Dirección de la web: <http://www.udm.unican.es/icmbd>

ENFERMEDAD ISQUEMICA (410-414)

La enfermedad isquémica del corazón tiene una tasa de mortalidad en Asturias, en varones, de las más altas de España junto con Canarias, dobla la de Cantabria y es casi la mitad más alta que la de León y Galicia. Las causas de este comportamiento no tienen explicación por la prevalencia de factores de riesgo y no parece que se deba a susceptibilidad genética. Gráfico 2.

Gráfico 2, tomado de la CEE.



La estancia media por esta causa es el 15% más baja y no es debido a que los ingresos tengan mejor perfil ya que el peso medio es el 3% más alto y la edad media es semejante. En mortalidad también se comporta mejor, un 7% más baja y la tasa de CRAM un 38% más baja. Tabla 23.

TABLA 23. CONTRASTE DE DIFERENTES VARIABLES DEHOSPITALIZACION POR ENFERMEDAD ISQUEMICA DEL CORAZON. HOSPITALES DE MAS DE 1000 CAMAS, CLUSTER



Complicaciones Relacionadas con la Atención Médica (GRAM)

Fecha de emisión: 14/12/2009

Eje de análisis: Descriptivo básico

Año: 2007 Filtro: Grupo de Hospital = Más de 1000 Camas, Sección CIE = 410-414 Cardiopatía isquémica, Cluster de Hospital = Cluster 5 Criterio de agrupación: Comunidad Autónoma del Hospital

Comunidad Autónoma	Nº Altas	Estancia Media	Edad Media	Peso Medio	Mortalidad %	Número de altas con CRAM	Estancia Media altas CRAM	Edad Media altas CRAM	Peso Medio altas CRAM	Mortalidad altas CRAM	Tasa de CRAM
Total Altas	22.444	8,73	67,47	1,93	5,15%	2.560	16,31	68,63	3,08	10,70%	11,41%
Andalucía	7.737	8,76	66,85	1,75	5,29%	804	15,45	67,71	2,69	11,32%	10,39%
Aragón	1.158	10,64	70,08	1,97	6,39%	204	20,49	70,53	3,19	7,84%	17,62%
Asturias (Principado de)	1.519	7,45	67,55	1,98	4,81%	108	15,73	70,02	3,31	10,19%	7,11%
Cantabria	1.676	6,28	67,27	2,12	6,92%	157	16,97	68,01	3,87	17,83%	9,37%
Cataluña	1.484	8,21	67,69	2,07	3,50%	213	13,38	67,91	3,32	5,63%	14,35%
Comunidad Valenciana	1.481	9,64	67,76	1,85	7,20%	117	19,03	67,44	3,85	17,09%	7,90%
Galicia	3.354	9,08	67,31	1,93	3,88%	429	15,44	68,99	2,98	10,96%	12,79%
Madrid (Comunidad de)	4.035	9,20	67,91	2,12	4,78%	528	17,20	69,48	3,17	9,28%	13,09%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Cualquier difusión o publicación total o parcial de estos datos deberá citar la fuente.
Dirección de la web: <http://www.mdm.unican.es/icmbd>

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (430-38)

Este grupo de enfermedades, que si bien se incluyen en el conjunto de circulatorias son atendidas fundamentalmente en el área de neurología, tienen un comportamiento en el HUCA peor que en los hospitales de su grupo. Efectivamente, la estancia media es un 18% más larga, dato más inquietante si se tiene en cuenta que existe una unidad en el Hospital Monte Naranco que descarga de esta patología el HUCA. La estancia media más larga no se explica sólo por el peso medio, que es el 3% más alto ni por la edad, el 2% mayor. Como dato positivo, la mortalidad es el 37% inferior y la tasa de CRAM el 23%. Tabla 24.

TABLA 24. CONTRASTE DE DIFERENTES VARIABLES HOSPI. POR ICTUS. HOSPITALES MAS 1000 CAMAS, CLUSTER



Complicaciones Relacionadas con la Atención Médica (GRAM)

Fecha de emisión: 14/12/2009

Eje de análisis: Descriptivo básico

Año: 2007 Filtro: Grupo de Hospital = Más de 1000 Camas, Sección CIE = 430-438 Enfermedad cerebrovascular, Cluster de Hospital = Cluster 5 Criterio de agrupación: Comunidad Autónoma del Hospital

Comunidad Autónoma	Nº Altas	Estancia Media	Edad Media	Peso Medio	Mortalidad %	Número de altas con CRAM	Estancia Media altas CRAM	Edad Media altas CRAM	Peso Medio altas CRAM	Mortalidad altas CRAM	Tasa de CRAM
Total Altas	15.422	15,15	69,15	1,74	13,69%	948	30,48	70,24	3,86	27,53%	6,15%
Andalucía	4.729	14,66	67,42	1,77	15,20%	305	30,31	66,10	4,37	31,80%	6,45%
Aragón	1.191	12,99	70,88	1,55	11,67%	58	23,90	71,55	2,90	20,69%	4,87%
Asturias (Principado de)	1.282	17,91	70,69	1,80	8,66%	61	39,48	70,79	4,43	14,75%	4,76%
Cantabria	1.075	12,34	71,69	1,78	14,42%	121	27,64	73,42	3,78	26,45%	11,36%
Cataluña	1.092	14,24	68,39	1,94	10,81%	40	46,78	69,05	5,75	17,50%	3,66%
Comunidad Valenciana	975	12,62	68,84	1,93	13,54%	20	35,95	62,75	7,70	25,00%	2,09%
Galicia	2.120	18,32	70,37	1,72	14,91%	181	27,06	75,62	2,66	28,73%	8,54%
Madrid (Comunidad de)	2.958	15,51	69,12	1,61	14,27%	162	30,99	72,40	3,52	29,01%	5,48%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Cualquier difusión o publicación total o parcial de estos datos deberá citar la fuente.
Dirección de la web: <http://www.mdm.unican.es/icmbd>

CONCLUSIONES

1-La estancia media en Asturias en todos los hospitales es más larga que en España. Solo en los hospitales del cluster 3, de 200 a 500 camas, (33% de las altas), las diferencias no son notables.

2-El HUCA es un hospital que tiene un comportamiento diferente que la media de su grupo y cluster, demostrado principalmente en que la frecuentación es 2,5 veces más alta que en ellos, lo que indica que atiende a una población más extensa, y por tanto, con una patología menos intensa, que el resto. Esto probablemente se deba en parte a que es el hospital general para el área más poblada, 32% del total. Esta peculiaridad determina su perfil.

3-Sin embargo, no es excusa para su alta estancia media. Esta es más larga que la de los hospitales de la región incluso ajustando por severidad.

4-Aunque la tasa de sustitución de la hospitalización quirúrgica en el HUCA es más baja que la de sus pares, ajustando por la variables que el Ministerio consideró determinantes, la tasa se eleva hasta situarse en niveles aceptables. Conviene examinar esto con más detalle.

5-El que la mortalidad hospitalaria del HUCA sea más alta que la de sus pares oculta que no en todos los casos es así. De hecho, es más baja en neoplasias y enfermedad circulatoria, las dos causas examinadas aquí por su trascendencia en la mortalidad general.

6-Se observa una disparidad en el comportamiento de la atención a los diferentes cánceres. Mientras parece que los indicadores son favorables en cabeza y cuello, respiratorio, próstata, no lo son en digestivo, vejiga, mama y útero

7-La hospitalización por enfermedad isquémica muestra un comportamiento entre los mejores en comparación con sus pares. Sin embargo, no se puede decir lo mismo de la enfermedad cerebrovascular.