



Gestión sanitaria para los profesionales de la salud

Julio Villalobos Hidalgo



McGRAW-HILL • INTERAMERICANA

Gestión sanitaria para los profesionales de la salud

Gestión sanitaria para los profesionales de la salud

Dr. Julio Villalobos Hidalgo



McGRAW-HILL • INTERAMERICANA

BARCELONA • MADRID • BUENOS AIRES • CARACAS • GUATEMALA • LISBOA • MÉXICO
NUEVA YORK • PANAMÁ • SAN JUAN • SANTAFÉ DE BOGOTÁ • SANTIAGO • SAO PAULO
AUCKLAND • HAMBURGO • LONDRES • MILÁN • MONTREAL • NUEVA DELHI • PARÍS
SAN FRANCISCO • SIDNEY • SINGAPUR • ST. LOUIS • TOKIO • TORONTO

GESTIÓN SANITARIA PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de cualquier otra forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del copyright.

Derechos reservados ©2007, respecto de la primera edición en español,
por J. Villalobos Hidalgo

McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S. A. U.

Edificio Valrealty. C/ Basauri, 17, 1.^a planta
28023 Aravaca (Madrid)

Cubierta: Xavier Altimiras

ISBN: 978-84-481-6004-3

ISBN: 978-84-481-6005-0 (Ed. personalizada)

Depósito legal:

Preimpresión: Eclipse Gráfica Creativa, Soler 3693 2^{do} "C", Bs. As., Argentina

Impreso en:

IMPRESO EN ESPAÑA – PRINTED IN SPAIN

Autores

José ASÚA BATARRITA

- Licenciado en Medicina y Cirugía.
- Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Responsable de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Osteba) del País Vasco.
- Presidente de la International Network Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA).

Patricia BARBER PÉREZ

- Doctora en Economía.
- Profesora Titular del Departamento de Métodos Cuantitativos. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Desarrolla su faceta investigadora en el ámbito de la Economía de la Salud en el campo de la financiación, gestión y planificación de recursos humanos.

Dolors COLOM MASFRET

- Diplomada en Trabajo Social.
- Gerente del Institut Serveis Sanitaris i Socials (ISSIS).
- Editora y Directora de la revista Agathos, Atención Socio-sanitaria y Bienestar.
- Investigadora y profesora en Trabajo Social Sanitario.
- Experta (en el marco teórico y práctico) del Programa de Planificación del Alta Hospitalaria.
- Escritora.

Diego FALCÓN VIZCAÍNO

- Licenciado en Medicina y Cirugía.
- Especialista en Medicina Interna y Radiología.
- Director Médico del Complejo Hospitalario de Gran Canaria.
- Coordinador de Obras Hospitalarias del Servicio Canario de la Salud. Comunidad Autónoma de Canarias.
- Coordinador del Seguimiento de Recursos Sociosanitarios de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias.
- Director de la Unidad de Análisis y Planificación del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Sebastián FUENTES TARAJANO

- Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales.
- Jefe de Servicio de Control de Gestión.
- Dirección General de Recursos Económicos.
- Servicio Canario de la Salud.

Juan GUARDIA TORRES

- Ingeniero Técnico en la Rama de Electricidad.
- Director de Servicios Generales del Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca.
- Director de Servicios Generales de los Hospitales de la Mutualidad de Previsión Social «La Alianza» de Barcelona.
- Socio Consultor de Gestnova Tecnic S.A.

Jorge LAGO PIÑEIRO

- Perito Industrial Rama Electricidad.
- Director-Gerente de Técnica Comercial de Planificación Hospitalaria, S.A.
- Desde el año 1992 es Socio y Director-Gerente de PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO CONSULTORES, S.L.

Juan Manuel de LEÓN GARCÍA

- Licenciado en Medicina y Cirugía.
- Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
- Gerente de Atención Primaria del Área de Salud de Tenerife.
- Asesor del Director del Servicio Canario de la Salud.
- Asesor de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife para la Gestión de la Calidad.
- En la actualidad Coordinador de Informática de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

Pablo LÓPEZ ARBELOA

- Licenciado en Medicina y Cirugía.
- Especialista en Pediatría.
- Subdirector Médico del Hospital de Galdako. Vizcaya.
- Director Médico del Hospital de Txagorritxu. Álava.
- Director Asistencial del Hospital de Cruces. Vitoria.
- Jefe de Servicio de Gestión de Pacientes. Hospital de Basurto. Vizcaya.
- Socio Director de Innovasalud

José Luis MARTÍNEZ MESEGUER

- Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Máster en Administración y Gestión de Empresas (MBA) por ESADE.
- Director del área de Consultoría de Salud de Deloitte.
- Director de la Gerencia Técnica del Proyecto del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

José Luis MONTEAGUDO PEÑA

- Doctor Ingeniero de Telecomunicación.
- Jefe de Área de Investigación en Telemedicina y Sociedad de la Información del Instituto de Salud Carlos III.
- Coordinador del Departamento de Informática Sanitaria de la Escuela Nacional de Sanidad.
- Coordinador de la Red Temática de Investigación de Nuevos Servicios Sanitarios basados en Telemedicina del Fondo de Investigaciones Sanitarias.

Ignacio RIESGO

- Doctor en Medicina y Cirugía.
- Especialista en Anatomía Patológica.
- Diplomado en Gestión Gerencial Hospitalaria.
- Ex-Gerente del Hospital Central de Asturias. Oviedo.
- Ex-Gerente del Hospital Ramón y Cajal. Madrid.
- Director de la consultoría de salud Arthur Andersen y Bearing Point.
- En la actualidad, Director de la consultoría de salud PricewaterhouseCoopers.

Alberto TALAVERA DÉNIZ

- Licenciado en Medicina y Cirugía.
- Funcionario de carrera del Cuerpo Sanitario de la Administración de la Seguridad Social.
- Director Gerente de Hospitales Públicos de Canarias.
- Presidente del Instituto Canario de Hemodonación y Hemoterapia.
- Director del Servicio Canario de la Salud.
- Director General de Farmacia. Conserjería de Sanidad. C.A. de Canarias.

Julio VILLALOBOS HIDALGO

- Ingeniero Industrial.
- Doctor en Medicina y Cirugía.
- Especialista en Medicina Intensiva. Diplomado en Dirección de Hospitales. Escuela de Gerencia Hospitalaria.
- Gerente de Hospitales Públicos. Agudos, Crónicos y Socio-Sanitarios.
- Gerentes de Hospitales Privados y Red de Atención Primaria Privada.
- Director General de la aseguradora L'Aliança.
- Consultor Sanitario Independiente.

Contenido

Autores	VII
Prefacio	XI
Glosario	XII
CAPÍTULO 1. Sistemas de salud. Sistema sanitario español	1
Ignacio Riesgo	
CAPÍTULO 2. Introducción a los métodos de evaluación económica en sanidad	27
Patricia Barber Pérez	
CAPÍTULO 3. La gestión de la Atención Primaria	37
Juan Manuel de León García	
CAPÍTULO 4. La gestión de los hospitales	71
José Luis Martínez Meseguer	
CAPÍTULO 5. La gestión de la atención sociosanitaria	83
Dolors Colom Masfret	
CAPÍTULO 6. Medicamentos, farmacia y presentación farmacéutica	97
Alberto Talavera Déniz	
CAPÍTULO 7. La gestión de los recursos humanos en las organizaciones sanitarias	117
Julio Villalobos Hidalgo	
CAPÍTULO 8. Programa de dirección económico-financiera	153
Sebastián Fuentes Tarajano	
CAPÍTULO 9. La gestión de la logística y los servicios de apoyo en las organizaciones sanitarias	171
Juan Guardia Torres	
CAPÍTULO 10. Construcción y reforma de las estructuras asistenciales	185
Jorge Lago Piñeiro y Diego Falcón Vizcaíno	
CAPÍTULO 11. El desarrollo de las políticas de calidad en las instituciones sanitarias	195
José Asúa Batarrita y Pablo López Arbeloa	
CAPÍTULO 12. Tecnologías emergentes en el campo de la salud. e-salud, telemedicina y la sanidad del futuro	209
José Luis Monteagudo Peña	
CAPÍTULO 13. El futuro de las organizaciones sanitarias	219
Julio Villalobos Hidalgo	
ÍNDICE	225

Prefacio

Los modelos organizativos de las empresas de la salud y, en especial, los de los hospitales, que son organizaciones muy complejas, han ido evolucionando hacia una mayor participación de los profesionales en la gestión, en lo que se denomina gobiernos clínicos o gestión clínica.

La gestión clínica implica la comprensión y participación de los profesionales sanitarios en el entorno organizativo de sus unidades, ya que ellos forman parte de las decisiones estratégicas, tácticas y operativas que pueden mejorar su eficiencia.

La mayoría de los profesionales sanitarios y, particularmente, los médicos y el personal de enfermería han tenido que ir asumiendo responsabilidades de gestión sin poseer una preparación adecuada para hacerlo con eficiencia, ya que ni los programas de las licenciaturas de Ciencias de la Salud ni los de formación de posgrado contemplan la gestión como asignatura. Esta falta de formación influye en la seguridad de los profesionales al realizar esta función, y en la eficiencia de la gestión de las unidades bajo su responsabilidad, debido a la dificultad de comprender y desarrollar los objetivos marcados por la dirección.

Por ello, este libro va dirigido primordialmente a los profesionales sanitarios con responsabilidades de gestión. En él se han reunido todos aquellos temas que hemos creído necesario que aquellos conozcan para llevar a cabo su labor, desarrollados a su vez por profesionales de acreditada experiencia en el sector con el fin de que el lector pueda tener una amplia visión de lo que representa la gestión de la salud en los ámbitos hospitalario, de atención primaria y de atención sociosanitaria. También hemos querido poner a su disposición aquellas herramientas de carácter transversal, como la gestión de los profesionales, la gestión económico-financiera, la de calidad, la logística y la telemedicina, que permiten un manejo eficiente de nuestras organizaciones.

Creemos que esta obra también puede ser útil para los profesionales sanitarios que, sin tener encomendadas tareas de gestión en las organizaciones sanitarias, hacen gestión, quizá sin saberlo, en su labor asistencial diaria, pues un conocimiento más global del entorno de la salud permitirá mejorar la calidad y satisfacción de su trabajo.

El libro se ha diseñado en cuatro secciones. La primera, más general, describe nuestro Sistema Nacional de Salud con las peculiaridades de su financiación, compra y provisión de los Servicios Sanitarios en una gestión sanitaria transferida a las comunidades autónomas, para continuar con el estudio de los métodos de evaluación económica. La segunda sección trata la gestión de la atención primaria, la atención especializada y la atención sociosanitaria, como líneas fundamentales de la provisión de Servicios Sanitarios. La tercera sección incluye una serie de capítulos sobre las herramientas de gestión transversal (la gestión farmacéutica, la gestión de los profesionales, la gestión económico-financiera de nuestras organizaciones, la logística y los servicios de apoyo, como los de alimentación, limpieza, etc.) y sobre la construcción y reforma de las estructuras sanitarias. La cuarta y última sección se dedica al estudio de la gestión de la calidad, las tecnologías emergentes y la telemedicina, para finalizar con una mirada al futuro de nuestras organizaciones.

No podría terminar esta presentación sin expresar mi agradecimiento a aquellas personas y organizaciones que han hecho posible este libro. En primer lugar, debo mi gratitud a los autores, que no sólo han vertido sus conocimientos y experiencia en esta obra, sino que también han soportado con paciencia la larga gestación de la misma. En segundo lugar, doy las gracias a la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) a su presidente Joaquín Estévez y a su tesorero, Juan Rodríguez Gil, sin cuya colaboración no se hubiera podido llevar a cabo este proyecto; a McGraw-Hill por su experiencia y colaboración, especialmente a Rosario Femenia, que veló para que en todo momento la obra llegase a buen fin, y cuyas aportaciones han sido decisivas para que este libro tenga el diseño y la apariencia actual.

Julio Villalobos Hidalgo

- ATTRM.** Agencia de Evaluación de Tecnología y Investigación Médicas.
- ACB.** Análisis coste-beneficios.
- ACE.** Análisis coste-efectividad.
- ACGs.** *Ambulatory care groups.*
- ACG.** Grupos clínicos ajustados.
- ACM.** Análisis por minimización de costes.
- Actitudes.** Esquema de valores del individuo, que le condiciona para actuar.
- ACU.** Análisis coste-utilidad.
- ADOP.** Autorización, disposición, obligación y propuesta de pago.
- ADSL.** *Asimetric digital subscriber line.*
- AENOR.** Organismo de Certificación de Normas de Calidad ISO.
- AETSA.** Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
- AMAT.** Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo.
- AmI.** Inteligencia ambiental.
- APS.** Atención primaria de salud.
- Aptitudes.** Capacidad o habilidad para realizar una tarea real o virtual.
- Arbitraje laboral.** Intervención de un tercero para resolver un conflicto.
- ASBE.** Atención sanitaria basada en la evidencia.
- AT.** Alta tensión.
- ATS.** Ayudante Técnico Sanitario.
- Auditoría de recursos humanos.** Análisis y diagnóstico de los recursos humanos de una organización.
- AVAC.** Años de vida ajustados por calidad.
- BDU.** Bases de datos únicas de usuarios.
- Benchmarking (competitividad).** Comparación continua con los líderes de la competencia en el sector.
- Beneficios sociales.** Bienes y servicios no dinerarios que se facilitan a los trabajadores o sus familias.
- BT.** Baja tensión.
- Calidad total.** Alcanzar aquellos atributos empresariales que satisfacen las expectativas de los clientes externos e internos.
- CAP.** Centro de Atención Primaria.
- Capital intelectual.** Posesión del conocimiento, la experiencia, capacidad organizativa, etc. que posee la empresa.
- Case-mix.** Tipología de procesos que tiene un hospital.
- CESS.** Centros sociosanitarios.
- CGBT.** Cuadro general de baja tensión.
- CIE- 9/10.** Clasificación Internacional de Enfermedades.
- CIMS.** *Computer inventory management system.*
- Círculos de calidad.** Grupo de voluntarios que se reúnen periódicamente para detectar, analizar y dar solución a un problema concreto.
- CMBD.** Conjunto mínimo básico de datos.
- Contratación laboral.** Acuerdo voluntario entre dos o más personas que crea obligaciones laborales mutuas. Se refiere al contrato habitual en nuestro país regido por el Estatuto de los Trabajadores.
- Contrato psicológico.** Contenido no escrito de cualquier relación laboral.
- Convenio colectivo.** Acuerdo establecido entre los trabajadores y la dirección de la empresa en el que se regulan las condiciones de trabajo y las obligaciones de ambas partes en el ámbito laboral.
- CPP.** *Changing professional practice (proyecto-).*
- CS.** Centro de salud.
- Cultura empresarial.** Conjunto de modos de actuación, costumbres, actitudes, conocimientos etc. que configuran el comportamiento de una empresa.
- DAFO.** Sistema de análisis. Debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades.
- Delegación.** Asignación a otra persona de las funciones que correspondían a quien delega. La delegación es reversible.
- Desarrollo organizacional.** Grado de avance de la eficiencia de la organización a través de la mejora de su estructura y conocimiento.
- Dicom.** *Digital imaging and communications in Medicine (estándar-).*
- Dirección por objetivos.** Técnica de gestión basada en la consecución de resultados, negociados previamente como objetivos en un plazo determinado.
- Dirección por valores.** Técnica de gestión que pretende el continuo rediseño de la empresa para generar compromisos colectivos que la puedan llevar a la eficiencia.
- DUE.** Diplomado Universitario en Enfermería.
- EBA.** Entidad de bases asociativa.
- EAP.** Equipos de atención primaria.
- ECG.** Electrocardiograma.

EDI. *Electronic data interchange.*

EDO. Enfermedad de declaración obligatoria.

Efectividad. Logro de la eficiencia en el entorno real de la empresa.

Eficacia. Realización por parte del trabajador o la empresa de los objetivos productivos señalados.

Eficiencia. Logro de los objetivos de producción pero al menor coste posible.

EFQM. *European Foundation for Quality Management.*

Empleabilidad. Capacidad potencial de un trabajador para conseguir un puesto de trabajo.

Empowerment. Potenciar el poder de decisión y la motivación de los trabajadores.

EPOC. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Estatutario (personal). Trabajadores sometidos a un estatuto. En el sector sanitario se refiere a los estatutos de personal médico, sanitario no médico y no sanitario.

Estructura organizativa. Conjunto de relaciones que constituyen la organización.

Estructura salarial. Sistema que determina el nivel adecuado de retribución para cada puesto y su agrupación por niveles.

Ética empresarial. Conjunto de principios, deberes y valores que sirven para guiar el comportamiento de la empresa.

EUSKALIT. Fundación vasca para el fomento de la calidad.

Evaluación 360°. Evaluación confidencial de un trabajador por todas las personas que se relacionan con él.

Excelencia. Atributo de máxima consideración en relación con la calidad, competencia, etc. Cuando una empresa lo alcanza, hablamos de empresas excelentes.

Externalización (outsourcing). Realización externa a la empresa de determinadas funciones, que no constituyen su razón de ser.

Gestión del cambio. Técnica directiva que pretende liderar la adaptación de la estructura organizativa a los cambios del entorno empresarial.

Gestión del conocimiento. Capacidad de la organización para adquirir y explotar económicamente los conocimientos en el sector productivo de la empresa.

Gestión del tiempo. Planificación y uso del tiempo disponible para trabajar.

Gestión por competencias. Técnica de gestión por la cual, más que definir los puestos de trabajo se intenta definir las competencias necesarias para lograr los objetivos, y buscar entonces las personas que las posean.

GO. Grupo operativo.

GPC. Guías de práctica clínica.

HCE. Historia clínica electrónica.

HECIT: Hospitales del excelentísimo Cabildo Insular de Tenerife.

HIS. *Hospital information system.*

HUC. Hospital Universitario de Canarias.

Huelga. Cese de la actividad laboral como defensa de los intereses laborales de los trabajadores.

GRD. Grupos relacionados por el diagnóstico.

ICS. Intitut Català de la Salut.

INEM. Instituto Nacional de Empleo.

IOM. *Institute of Medicine.*

INAHTA. Red Internacional de Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias.

INSALUD. Instituto Nacional de la Salud.

Inteligencia emocional. Cualidades no estrictamente técnicas o directamente estudiadas que poseen algunas personas.

IPC. Índice de precios al consumo.

IRYSS. Investigación de resultados en salud.

ISFAS. Instituto Social de las Fuerzas Armadas.

IT. Incapacidad transitoria.

Jerarquización. Proceso de estructuración de la plantilla médica hospitalaria.

LAN. *Local area net.*

Legislación laboral. Conjunto de leyes que regulan los derechos y deberes laborales. Las principales en el marco laboral son:

- Estatuto de los trabajadores.
- Ley de regulación de empresas de trabajo temporal.
- Ley sobre Infracciones y Sanciones en el orden social.
- Ley sobre Reversión y reindustrialización.
- Ley de Sociedades Anónimas Laborales.
- Ley Orgánica de Libertad Sindical.
- Ley General de Sanidad.
- Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley del Estatuto Marco del personal sanitario de los Servicios de Salud.
- Ley Básica de Empleo.
- Ley de Medidas Urgentes sobre fomento del empleo y protección del desempleo.
- Ley de Procedimiento Laboral.

Liderazgo. Proceso mediante el cual el directivo trata de influir sobre los trabajadores, para lograr los objetivos empresariales.

LIS. *Laboratory information systems.*

MBE. Medicina basada en la evidencia.

Medicaid. Programa de aseguramiento sanitario de EE.UU. para los mayores de 65 años y los discapacitados.

Medicare. Programa de aseguramiento sanitario de EE.UU. para las personas sin recursos.

MEMS. *Micromechanic and microelectronic systems.*

- Mercado laboral.** Situación de las condiciones laborales en un territorio determinado.
- MF.** Médico de familia.
- MIR.** Médico interno residente.
- Moral hazard.** Riesgo moral. Se refiere a la utilización desproporcionada de servicios sanitarios cuando existe un seguro.
- MUFACE.** Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado.
- Mutuas de accidentes de trabajo.** Asociaciones con responsabilidad mancomunada de sus asociados para cubrir una serie de eventualidades de carácter laboral, fundamentalmente accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- NHS.** *National Health Service.*
- NICE.** *National Institute for Clinical Evidence.*
- OCDE.** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
- OMS.** Organización Mundial de la Salud.
- OPS.** Oficina Panamericana de Salud.
- Outplacement (ayuda al despido).** Medidas que la empresa ofrece al trabajador que cesa en ella de forma planificada para ayudarle a que encuentre un nuevo puesto de trabajo.
- PACS.** *Picture archive computerized system.*
- PADES.** Programa de Atención Domiciliaria Equipos de Soporte.
- PAMEM.** Instituto de Prestaciones Médicas al Personal Municipal (Ayunt. de Barcelona).
- PDCA.** (metodología—o ciclo de Deming). *Plan, do, check, act.*
- Performance.** Desempeño, forma de actuar.
- PERT.** *Program evaluation and review techniques.*
- PET.** Tomografía por emisión de positrones.
- PGC.** Plan General Contable.
- PFI.** Iniciativa de financiación privada.
- PIB.** Producto interior bruto.
- Planificación estratégica.** Definición de un marco de actuación empresarial a medio plazo.
- PMC.** *Patient management categories.*
- PPCSI.** Programa de Promoción de la Calidad en el Sector Industrial del País Vasco.
- Productividad.** Mide la relación entre la producción y los medios humanos dedicados a ella.
- Promoción interna.** Proceso por el cual el trabajador asciende en la escala laboral de la empresa.
- Protección social.** Acción que tienden proteger aquellas actividades consideradas esenciales por el gobierno de la nación.
- QALYS.** *Quality adjusted life years.*
- RAE.** Real Academia Española.
- Reconocimiento.** Consideración pública de los logros obtenidos por una persona en una empresa.
- REDER (Matriz).** Resultados, enfoque, despliegue, evaluación y revisión.
- Reingeniería de procesos.** Transformación radical de los procesos de la empresa a través de su rediseño.
- RM.** Resonancia magnética.
- Salud laboral.** Condiciones físicas y psíquicas del trabajador en el desempeño de su trabajo.
- SAS.** Servicios Andaluz de Salud.
- SCMFiC.** Comissió de Millora de la Qualitat de la Societat catalana de Metges de Família i Comunitaris.
- SCS.** Servei Catalá de la Salut.
- Seguridad Social.** Acción de protección del Estado para los trabajadores y sus familiares ante situaciones determinadas: desempleo, jubilación, enfermedad, etc.
- Sindicatos.** Organizaciones de empleados asalariados cuyo objetivo es la negociación de las condiciones de empleo de sus asociados.
- SIS.** Sistemas de información sanitaria.
- SNS.** Sistema Nacional de Salud.
- SPECT.** Tomografía por emisión de fotón único.
- TAC.** Tomografía axial computadorizada.
- Teletrabajo.** Desempeño de la actividad profesional, utilizando medios multimedia sin que sea necesaria la presencia física del trabajador.
- TIC.** Tecnología de la Información.
- TLA.** *Total lab. automation.*
- Trabajo temporal.** Contrato laboral con una duración predefinida.
- Trust.** Forma organizativa de los hospitales en el Reino Unido.
- UBA.** Unidad básica de asistencia.
- UCH.** Unió Catalana d'Hospitals.
- UCI.** Unidad de cuidados intensivos.
- UFISS.** Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias.
- UPA.** Unidad ponderada de asistencia.
- UTE.** Unión temporal de empresas.
- VAN.** Valor actualizado neto.
- XHUP.** Red de hospitales de utilización pública (*Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública*).
- ZBS.** Zona básica de salud.

Sistemas de salud. Sistema sanitario español

CAPÍTULO 01

Ignacio Riesgo
Director de PricewaterhouseCoopers

Objetivos del capítulo

Los objetivos del capítulo pueden agruparse en tres:

El **primero** es adquirir una perspectiva de lo que representan los sistemas de salud en el mundo:

- Concepto de sistema sanitario y sector salud.
- Distintas funciones en sanidad.
- Razones que justifican la intervención de los gobiernos en los sistemas sanitarios.
- Algunas posiciones básicas sobre los sistemas sanitarios.
- Tipología de los distintos sistemas de salud en el mundo.
- Medición de la *performance* de los sistemas sanitarios.
- Sistemas sanitarios en Europa.
- Características comunes a los sistemas públicos de salud.
- Cambios más relevantes en Estados Unidos, a partir de la asistencia gestionada.
- Retos y tendencias de futuro en los sistemas de salud en los países industrializados.

El **segundo** es entender las grandes tendencias (lo que llamamos *megatendencias*) de los sistemas sanitarios. Un ejercicio arriesgado, pero necesario.

El **tercero** consiste en realizar una aproximación al origen, el funcionamiento, los agentes que operan y los retos del sistema sanitario español.

Lógicamente, una presentación de temas tan complejos en unas breves páginas es un reto por sí mismo importante, con el riesgo de que los conceptos se expongan de forma poco matizada. Por eso, añadimos al final una lista de bibliografía muy seleccionada, comentando lo que aporta cada texto, con el fin de que, si se desea, pueda profundizar en algunos de los aspectos tratados.

Sistemas sanitarios

Sistema sanitario y sector salud

Suele entenderse por *sistema sanitario* el conjunto de instituciones públicas y privadas implicadas directamente en el cuidado de la salud. En la práctica, este concepto suele limitar el sistema sanitario al conjunto de aseguradores (públicos y privados), proveedores (también públicos y privados: médi-

cos, profesionales de la salud en general, hospitales, centros de atención primaria, centros de rehabilitación, servicios de urgencia, servicios de atención domiciliaria, residencias asistidas y otros servicios a la tercera edad, etc.) y entidades reguladoras de la actividad sanitaria (los departamentos de salud de los distintos gobiernos).

En cambio, el *sector salud* es un concepto más amplio, ya que incluye a todas las empresas y entidades implicadas en la prestación de servicios de salud, pero ya no sólo aseguradores y proveedores, sino también el amplio conjunto de empresas que ofrecen productos y servicios al sector salud: compañías farmacéuticas, empresas de equipamiento electromédico, etc. La Figura 1.1 es una representación gráfica de esta visión del sector salud.

Lo que une a empresas tan distintas como un hospital, una compañía farmacéutica o una aseguradora sanitaria es que todos sus esfuerzos se dirigen, en último término, hacia los usuarios/ciudadanos/pacientes, desde una perspectiva de mejora de su salud.

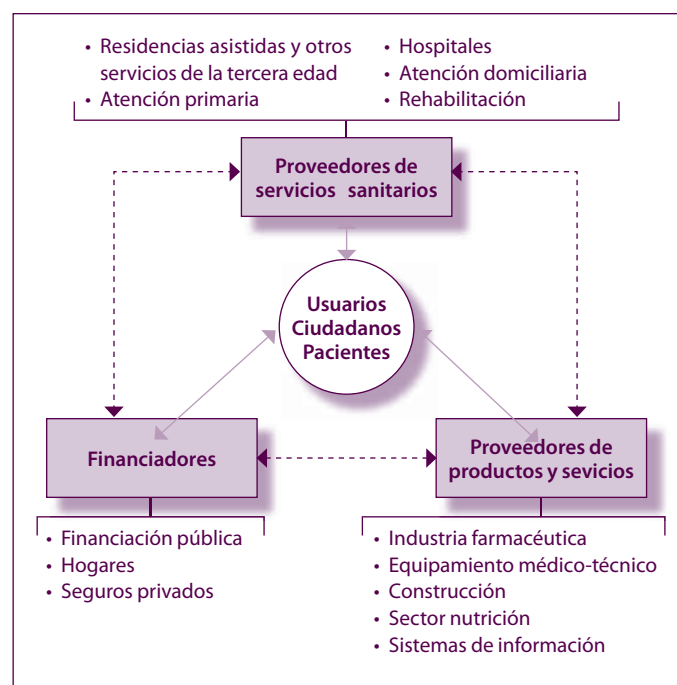


Figura 1.1. Visión de los distintos componentes del sector salud.

Las distintas funciones en sanidad

Con el fin de analizar el papel de los distintos actores en la sanidad, es conveniente distinguir las distintas funciones en el sector:

- **Planificación.** La planificación consiste en el establecimiento de criterios generales de distribución y organización de recursos. La planificación es pública, si bien es muy variable el grado y la intensidad con la que se ejerce por parte de los Estados.
- **Financiación.** Origen de los fondos destinados a sanidad. La financiación puede ser pública o privada. La pública se caracteriza por ser coercitiva (bien a través de impuestos generales, o bien a través de cotizaciones sociales obligatorias para los empresarios y trabajadores). La privada permite al usuario ejercer su soberanía. Puede tener la forma de pagos directos a proveedores de servicios, pago de primas de seguros médicos voluntarios o participación en el coste de algunos servicios (el llamado copago).
- **Compra.** Se llama *compra* a la selección del proveedor del servicio. Aunque, en general, la compra suele ser pública cuando la financiación es pública y privada cuando es privada, se dan excepciones. El sistema MUFACE, en España, que permite la selección de proveedores de servicios por aseguradoras privadas es un ejemplo de financiación pública con compra privada.
- **Producción o provisión.** Se trata de la prestación del servicio. La producción puede ser también pública o privada.
- **Regulación.** Con independencia del grado de financiación y producción públicas de la sanidad de un país, los Gobiernos regulan normalmente numerosos aspectos de la misma (las condiciones para el ejercicio profesional, los requisitos para el establecimiento de centros sanitarios, etc.).

En general, tanto la planificación como la regulación suelen ser públicas. Salvo excepciones, la compra no está claramente separada de la provisión.

Por lo tanto, las combinaciones más interesantes en el papel del Estado y del sector privado se dan en las funciones de financiación y provisión. De acuerdo con este criterio, Rovira¹ estableció un cuadro con las distintas combinaciones público/privado en las funciones de financiación y provisión, que se representa en la Tabla 1.1.

De acuerdo con dicha Tabla 1.1, se dan las siguientes posibilidades de combinaciones público/privado:

1. **Provisión privada y financiación privada.** Correspondería a la forma tradicional de ejercicio libre de las profesiones sanitarias, con pago directo a profesionales

independientes o a instituciones privadas, o bien mediante la contratación de un seguro voluntario.

2. **Provisión privada y financiación pública.** Los conciertos del sector público con hospitales u otros centros privados son el ejemplo más evidente en el caso español.
3. **Provisión pública y financiación privada.** No es frecuente. Se daría el caso cuando un hospital público atiende a un enfermo cubierto por una póliza privada a cargo de la compañía aseguradora.
4. **Provisión pública y financiación pública.** Es el caso de la prestación directamente de los servicios por el sector público, por ejemplo, atención a un beneficiario del Sistema Nacional de Salud en una institución pública.

Para cualquier análisis del sistema sanitario de los distintos países, es importante analizar el estado y alcance de las distintas funciones básicas del sistema sanitario.

Gastos en salud y sus resultados

Las condiciones de salud de las poblaciones difieren significativamente de un lugar a otro. En algunos países subsaharianos, la esperanza de vida al nacer no llega a los 40 años, mientras que, en países con economías de mercado consolidadas, supera los 75 años.

Las diferencias en cuanto a gasto en salud son un punto de partida evidente en la búsqueda de explicaciones a las diferentes condiciones de salud de las poblaciones. A mediados de la década de 1990, el gasto sanitario *per cápita* en muchos países subsaharianos no alcanzó los 10 dólares americanos, mientras que en muchos países desarrollados se superaron los 2500 dólares.

En cualquier caso, el gasto sanitario *per cápita* en un país es directamente proporcional a su nivel de riqueza. A mayor PIB *per cápita*, mayor porcentaje del PIB se dedicará a salud.

Razones que justifican la intervención de los gobiernos en sanidad

Los gobiernos intervienen en sanidad de forma mucho más intensa que lo suelen hacer en otros sectores, superando con mucho su papel regulador, para entrar de lleno en el de aseguradores o provisoros de servicios.

Históricamente, este gran protagonismo de los gobiernos en sanidad se ha explicado por varias razones:

- La **reducción o alivio de la pobreza**.
- Los **bienes públicos**. Muchas intervenciones en el ámbito de la salud pública, como la lucha contra los vectores de enfermedades en grandes zonas o la realización de campañas de información sanitaria, son bienes públicos casi puros, cuyo suministro sólo el gobierno puede garantizar.
- La presencia de **externalidades**. Consecuencias sobre un tercero de comportamientos individuales. El ejemplo típico en sanidad son las vacunaciones: «si yo no me vacuno, puedo adquirir una enfermedad contagiosa, que signifique la transmisión a un tercero (externalidad negativa)».
- Las **deficiencias de los mercados de salud**. En estos casos, se habla de la *selección adversa* de riesgos que podrían practicar los aseguradores privados; de *riesgo moral*,

Tabla 1.1. Distintas formas de combinación provisión/financiación

		Financiación	
		Privada	Pública
Provisión	Privada	1	2
	Pública	3	4

traspasar a otro los costes; de la asimetría de disponibilidad de información entre médico y paciente, y de la competencia imperfecta entre proveedores.

No obstante, no todo son ventajas en la intervención de los gobiernos. Hay riesgos muy notables:

- **Problemas de eficiencia**, ya que, en general, las administraciones públicas están preparadas para la eficacia y la transparencia, pero no tanto para la eficiencia. Este problema se ve reforzado por la ausencia de competencia en un mercado que, automáticamente, expulsa a los ineficientes.
- **Problemas de personalización de los servicios**. En general, las instituciones públicas tienen un gran problema de personalización de sus servicios. Esto es grave en el sector sanitario, dados los públicos tan variados que utilizan estos servicios, con sensibilidades y culturas muy distintas.
- **Politización**, la tentación que puede tener todo político de utilizar el sistema sanitario para fines ajenos al mismo.
- **Debilidad frente a una actividad sindical excesiva**, que, en muchos casos, pone en cuestión las necesidades de eficiencia.
- **Aparición del hipercorporativismo profesional**, algo muy propio de las empresas públicas.

El establecer los límites de la intervención de los gobiernos en sanidad y el incorporar las ventajas de la acción de los gobiernos, minimizando sus inconvenientes, son los grandes retos de los sistemas sanitarios.

Algunas posiciones básicas sobre los sistemas sanitarios

A continuación, se exponen algunas características comunes a todos los sistemas sanitarios, públicos o privados.

» En cualquier sistema de salud, el médico ocupa el lugar central.

El médico ocupa el lugar central en cualquier sistema de salud porque sobre él recae fundamentalmente la facultad de decisión. Esta decisión afecta al tiempo de dedicación a cada paciente, a las pruebas diagnósticas que realizará, al tipo de tratamiento (farmacológico o quirúrgico) que prestará al paciente, a dónde ofrecerá sus servicios (con el paciente ingresado, en régimen de atención domiciliaria, etc.), a los recursos que empleará, etc.

Adicionalmente, la relación médico/paciente es clave para el funcionamiento humanizado del sistema.

Aunque los médicos siempre se quejan de falta de poder, lo cierto es que tienen un inmenso poder de veto sobre las decisiones que les afectan. Cualquier decisión de una empresa sanitaria que afecte a la práctica médica, si los médicos no están de acuerdo simplemente no se cumplirá. Por otra parte, los médicos suelen comportarse de forma muy conservadora ante determinados cambios (incorporación de tecnologías de la información, ciertos cambios en la práctica médica, etc.). Sin embargo, esta actitud conservadora puede llegar a ser impulsio-

ra del cambio si se les convence, en general con intervención de algún líder médico.

Por lo tanto, la primera fuente de eficiencia en cualquier empresa sanitaria es que el médico se sienta responsable ante el enfermo y el sistema (ante los dos, no vale ante un sólo agente), y respaldado por este último.

De ahí que una constante de las reformas sanitarias sea la de reenfocar el papel del médico, tratando de considerarlo no sólo como un «sanador», sino implicándolo en la gestión de recursos. Ésta es la filosofía que subyace en muchos planteamientos de la gestión clínica.

No queremos reforzar un discurso corporativo con esta constatación del papel central del médico en el sistema sanitario. Precisamente, un rol flexible de las profesiones sanitarias es uno de los rasgos de sostenibilidad del sistema, según constata el último informe de PricewaterhouseCoopers². En este sentido, hay que destacar el papel creciente de los enfermeros, incluso en la petición diagnóstica y la prescripción bajo determinadas circunstancias, una tendencia que cada vez se extiende más en muchos países.

» Los sistemas de salud tienen una capacidad limitada de producir salud

«La asistencia sanitaria puede contribuir con un 10% a mejorar el grado de salud; el 90% restante depende de la economía, del medio y de la conducta higiénica de cada persona»³.

» La promoción de la salud no corresponde únicamente al sistema de salud.

La promoción de la salud representa una actividad intersectorial (educación, vivienda, medio ambiente, defensa, sanidad, etc.) que ha de realizar acciones dirigidas a una población sana. Son los gobiernos los que deben ocuparse de la promoción de la salud; no el sistema sanitario, salvo en la parte alícuota que le corresponda.

» Los sistemas de salud universales no han impedido el crecimiento de las desigualdades en salud.

Algunos sistemas sanitarios han conseguido la equidad en la asistencia, pero no la equidad en salud. Esto ocurre en Europa, donde existen servicios públicos de salud de acceso universal prácticamente desde la década de 1950, sin que esta equidad en el acceso haya supuesto la desaparición de las desigualdades en salud. La razón es obvia: los múltiples condicionantes del estado de salud (nivel de riqueza, vivienda, educación, defensa, estilos de vida, etc.). El sistema sanitario es sólo un condicionante, y no el más relevante, en cuanto al nivel de salud⁴.

» El fin de la asistencia médica no es sólo salvar vidas

Tabla 1.2. Tipología de los sistemas sanitarios

Tipología	Características principales	Ejemplos
Países con ingresos bajos	<ul style="list-style-type: none"> Elevado gasto privado en medicina tradicional y medicamentos Servicios públicos (de mala calidad) financiados con cargo a impuestos generales Escasos seguros 	Bangladesh, India, Pakistán, la mayoría de los países subsaharianos
Países con ingresos medianos <ul style="list-style-type: none"> Seguros privados Seguros sociales 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios públicos (en general, de mala calidad) para grupos de ingresos medianos y bajos, financiados con cargo a impuestos generales Seguros privados y prestación privada de servicios para los grupos acomodados (menos del 10% de la población) Medidas de salud pública y servicios clínicos (en general, de mala calidad) para los grupos de ingresos bajos financiados por impuestos generales Seguro social para la fuerza del trabajo asalariada, con prestaciones mixtas, financiados mediante cotizaciones 	Sudáfrica y Zimbabwe Costa Rica, Corea y Turquía
Países europeos antes socialistas	<ul style="list-style-type: none"> Servicios médicos de baja calidad y en proceso de desintegración, financiados con cargo a los ingresos generales En pleno proceso de reformas 	Polonia, Repúblicas Checa y Eslovaca, y repúblicas de la antigua URSS
Países con economía de mercado consolidada, excluido Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura universal o cuasi universal financiada con cargo a los impuestos o mediante cotizaciones sociales obligatorias 	Todos los países de Europa Occidental, Japón, Australia, Nueva Zelanda, Canadá
Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> Combinación de seguros privados voluntarios Cobertura pública para determinados colectivos: mayores de 65 años, pobres por debajo de un nivel de renta, minusválidos y veteranos Más de 40 millones de americanos sin cobertura 	

Posee otras valiosas funciones como son reducir la incapacidad del enfermo, mitigar el dolor, hacer las enfermedades más soportables, resolver la incertidumbre, disminuir la inquietud física y emocional, proveer confort, etc. Los sistemas de salud no se legitiman en unos ideales sanitarios y políticos imposibles de crear salud o eliminar desigualdades, sino que se justifican socialmente por el cumplimiento de sus fines reales: cuidar, curar, prevenir, rehabilitar y tranquilizar.



Las diferencias de gasto sanitario entre naciones se corresponden con las diferencias en la renta

De esta manera, se explican más del 90% de las variaciones de gasto sanitario. A más nivel de renta *per cápita*, mayor porcentaje de PIB destinado a sanidad. En este sentido, puede decirse que la sanidad se comporta como un bien de lujo o, como dicen los economistas, con elasticidad mayor de 1. A medida que aumenta la renta, crece en mayor proporción el gasto sanitario.

Tipología de los sistemas sanitarios en el mundo

Aunque se han publicado muchas clasificaciones de los sistemas sanitarios teniendo en cuenta múltiples factores (si hay seguro obligatorio o no, la posición del médico en el sistema, las relaciones aseguradores/proveedores, etc.), nos parece sumamente útil la publicada por el Banco Mundial en 1993⁵, ya que pone el acento en el elemento fundamental que condiciona los sistemas sanitarios: el nivel de desarrollo económico y social de los países.

Según esta clasificación, presentada en la Tabla 1.2, hay cinco grandes tipologías de sistemas sanitarios:

- Países con ingresos bajos.
- Países con ingresos medianos.
- Países europeos antes socialistas.
- Países con economía de mercado consolidada, excluido Estados Unidos.
- Estados Unidos.

La performance de los sistemas sanitarios

En el año 2000, la OMS⁶ evaluó el comportamiento de los sistemas sanitarios, tratando de analizar su *performance**.

Aunque el informe levantó una gran polémica por su metodología de elaboración y, en particular, por la clasificación por países de comportamiento según la *performance* de sus sistemas sanitarios, el informe tuvo una gran influencia, ya que por primera vez se trató de investigar en algo que parecía intuitivamente evidente: los sistemas sanitarios tienen distinto nivel de *performance*, algunos se comportan bien, mientras otros lo hacen de manera muy pobre.

En la lista, el primer país es Francia y el segundo, Italia. España ocupa el séptimo lugar, que es un puesto excelente, lo cual ha sido utilizado por algunos grupos conservadores de nuestro país para oponerse a cualquier cambio.

Para valorar los sistemas de salud, la OMS utiliza en este informe cinco criterios:

- Nivel de salud conjunto.
- Distribución de la salud de la población.
- Capacidad de *responsiveness*** conjunta.
- Distribución de la capacidad de *responsiveness*.
- Distribución de la contribución financiera.

Para cada uno de estos criterios, la OMS aplica distintos medidores.

El esfuerzo de la OMS de medición de la *performance* ha tenido continuación en varias organizaciones, particularmente la OCDE, y en distintos países⁷⁻⁹.

Sistemas sanitarios en Europa

En Europa Occidental, por su origen histórico, hay dos tipos de sistemas sanitarios:

- **Países con sistemas de salud basados en seguros sociales.** Su origen es la agrupación gremial obligatoria para la cobertura de la asistencia sanitaria. La financiación de este tipo de sistemas es vía cotizaciones sociales (de empresarios y trabajadores). Ejemplos de estos sistemas se encuentran en Alemania, Austria, Holanda, Bélgica, Francia, Luxemburgo, etc.
- **Países con sistemas de tipología Servicio Nacional de Salud.** En éstos, la cobertura va en función de la simple condición de ciudadano y se financia mayoritariamente vía impuestos generales.

En Europa Occidental, todos los países empezaron con sistemas de tipo seguros sociales. En algunos de éstos, iniciando el proceso el Reino Unido, se produjo una transformación hacia la tipología de Servicio Nacional de Salud.

Ambos sistemas han ido evolucionando, en un proceso de convergencia, a una situación caracterizada por tener un porcentaje elevado de financiación pública en el gasto, así como por ofrecer una cobertura universal o cuasiuniversal.

Características comunes a los sistemas públicos de salud

Hay algunos elementos comunes a todos los sistemas públicos de salud de cobertura universal que conviene retener:



La incertidumbre ante el futuro de la salud está en el origen de los seguros de salud

La incertidumbre ante el futuro de la salud y la voluntad de evitar los cuantiosos gastos que eventualmente puede originar un tratamiento médico están en el origen de los seguros de salud, tanto los públicos como los privados.

En los seguros de salud mediante el pago de una prima (en los privados), o a través de impuestos o cotizaciones sociales (en los públicos), se compran los servicios sanitarios que puedan ser necesarios para los colectivos cubiertos y cuyo pago pudiera ser imposible o extremadamente dificultoso para las economías individuales.

Lo importante es retener que el fenómeno asegurador está absolutamente implantado en la sanidad, si bien siempre quedan áreas o colectivos de pago directo de los servicios sanitarios.



Los sistemas de aseguramiento público de carácter universal son propios de los países industrializados

En todos los países industrializados se han ido desarrollando sistemas de salud de cobertura universal. El origen de estos servicios de salud son los seguros sociales que tuvieron su origen en Alemania, en 1883, a partir de la iniciativa de Bismark.



Los sistemas de salud se están enfrentando a un fuerte crecimiento de los gastos

Los gastos tienden con mucho a superar los crecimientos del PIB, por muy diversas circunstancias: a) la incorporación de nuevas y costosas tecnologías, que permiten utilizar medios diagnósticos y terapéuticos en enfermedades hasta entonces no accesibles al tratamiento médico; b) el envejecimiento de la población, con un aumento del porcentaje de población mayor de 65 años, el mayor consumidor de recursos, y c) nuevas demandas sociales.



Los sistemas de salud públicos de cobertura universal están en crisis

Obviamente, esto no quiere decir que vayan a desaparecer, pero asistiremos a cambios en su fisonomía fundamental. Todos se están planteando reformas en profundidad. El origen de la crisis está en deficiencias internas (ineficiencia, desinforma-

* La palabra *performance* tiene una difícil traducción al español. Tal vez la traducción más correcta sea desempeño. (N. del A.).

** La palabra *responsiveness* podríamos traducirla por sensibilidad. Se refiere a cómo el sistema responde no a las necesidades de salud, sino a aspectos no relacionados con la salud (autonomía, confidencialidad, capacidad de elección de proveedor o instalación, rapidez, acceso a redes de soporte social, respeto a la persona, orientación al cliente).

ción, politización...); horizontes de mayor consumo (nuevas tecnologías, envejecimiento de la población, cambios epidemiológicos...); transformación del paciente en consumidor activo, y cambio del papel del Estado en la sociedad libre y plural actual.

El abordaje de los problemas de los sistemas de salud está en todas las agendas políticas de los países industrializados.

La discusión general de los cambios en el Estado del Bienestar ha introducido el concepto de **sostenibilidad** en el debate de las reformas en el sector sanitario.



El efecto del *moral hazard* riesgo moral en los sistemas de seguros produce hiperconsumo

Según Víctor R. Fuchs, probablemente el economista de la salud vivo de mayor prestigio, el *moral hazard* o riesgo moral es la tendencia, una vez que los individuos están asegurados, a consumir más asistencia sanitaria de la que consumirían sin seguro, y más de la que es socialmente óptima¹⁰. Es decir, se produce un aumento de los gastos consecuencia de un incremento de la demanda, típica de los seguros, públicos o privados.



Las listas de espera son una característica de los sistemas públicos de acceso universal

Digamos que la asignación de bienes escasos puede regularse por dos vías: por precios o por colas. Suprimidos los precios, se generan las colas.

Hay listas de espera en prácticamente todos los países con sistemas públicos de libre acceso universal (Canadá, Holanda, Irlanda, Italia, Noruega, Suecia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Portugal y España). En cambio, no existen listas de espera en países como Estados Unidos —sin sistema público de acceso universal— o en algunos países europeos en los que la oferta está menos contenida, el nivel de gasto es mayor y el copago actúa en la práctica como un precio (caso de Francia, Bélgica, Alemania, Suiza y Luxemburgo).

El hecho de que consideremos las listas de espera como casi consustanciales con los sistemas públicos de acceso universal, no quiere decir que no sea mucho lo que pueda hacerse para mitigarlas, minimizando sus efectos negativos¹¹. En primer lugar, haciéndolas públicas, y, en segundo lugar, estableciendo tiempos de espera máximos por patologías. Es evidente que no es lo mismo esperar por una patología semibanal que por otro tipo de patología progresiva, invalidante o que genere dolor.



El sistema de costes compartidos se ha mostrado muy eficaz en la reducción de la demanda y el gasto

Los grandes aumentos de la demanda a que conducen los sistemas públicos de acceso universal, y la necesidad de corrección de los efectos del riesgo moral, obligan a pensar en el copago y otras formas de participación del usuario en el coste, particularmente en España, donde el «precio cero» en el momento del servicio (excepto en medicamentos ob-

tenidos por vía receta) representa un estímulo sin frenos al consumo sanitario.

La forma concreta del copago como participación del usuario en el coste consiste en el establecimiento de un pago fijo por servicio. El copago es aplicable a todos los ámbitos de la asistencia: Atención Primaria, consultas de especialistas, hospitalización, farmacia, etc.

Los objetivos del copago son varios: disuadir la demanda innecesaria, obtener recursos adicionales y orientar el consumo (modulando el copago en aquellos procedimientos más coste/efectivos). Por lo tanto, es un error considerar la simple recaudación como la única justificación del copago, lo que debe tenerse en cuenta en su diseño.

El experimento más interesante sobre el copago fue el llevado a cabo con 2000 familias en el período 1974-1979 por la Rand Corporation por encargo del gobierno americano¹². Sus resultados son muy alentadores en cuanto a la disminución de la demanda y el gasto que genera, sin apenas producir problemas de salud (excepto en las capas más pobres).

Así pues, el reto está en introducir un copago que produzca los efectos positivos del mismo, sin efectos negativos sobre la salud, lo que podría lograrse excluyendo del mismo a determinadas capas sociales.

El copago no es un tema fácil. No obstante, hacer énfasis exclusivamente en las dificultades de su implantación está en contradicción con una de las necesidades de la asistencia sanitaria pública: avivar la conciencia del coste en el usuario e introducir medidas que responsabilicen a los ciudadanos con el mantenimiento de su estado de salud.



El debate de las prioridades está en el futuro

Los sistemas de salud de acceso universal se han comportado, en la práctica, sin límites en sus prestaciones. Cualquier nueva mejora tecnológica o asistencial era inmediatamente incorporada al inexistente «catálogo» de prestaciones. La situación fue mantenible durante mucho tiempo, hasta que la gran disparidad entre el crecimiento de los gastos y los recursos disponibles obligó a plantearse esta situación.

En esta línea, se han generado iniciativas para abordar la problemática de las prioridades en varios países (Noruega, Holanda, Suecia...). En último término, lo que se persigue es la ordenación de las prestaciones en dos grupos:

- Las que serán financiadas por todos los ciudadanos.
- Las que serán pagadas (total o parcialmente) por cada individuo de su bolsillo.

El racionamiento sanitario no es nuevo: todos los sistemas racionan, bien sea por precio (Estados Unidos), bien sea por listas de espera (Canadá, España, Reino Unido...). Se parte de la base de que es mejor el racionamiento explícito que el oculto.

En España, recientemente, se ha hecho público un estudio sobre establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud¹³.

Cámbios más relevantes en Estados Unidos: la asistencia gestionada

El sistema americano, que ya hemos visto es una excepción entre los países industrializados, está basado en un conjunto de seguros

privados, en competencia entre sí, sin subsidios directos por parte del Gobierno. La ayuda pública se produce por incentivos fiscales.

No obstante, hay tres programas públicos:

- **Medicare**, para los mayores de 65 años y americanos discapacitados (es un programa federal).
- **Medicaid**, para aquellas personas sin recursos (es un programa de los Estados).
- **Programa de veteranos**, para los que sirvieron en las fuerzas armadas.

Dichos programas públicos no son anécdotas en el sistema americano. De hecho, representan casi el 50% de los gastos en sanidad en ese país¹⁴.

Las características del sistema sanitario americano son:

- Más de 40 millones de americanos carecen de seguro de enfermedad, y esta cifra está creciendo.
- Gasto elevado, más del 15% del PIB americano se dedica a sanidad.

Para entender lo que significó la asistencia gestionada en Estados Unidos, hay que tener en cuenta el punto de partida del *fee-for-services* (pago por servicios). Bajo esta modalidad, en una aseguradora, el asegurado podía escoger proveedor, éste decidía de forma libre qué se le hacía al paciente y todo esto se facturaba *a posteriori* a la aseguradora, de acuerdo con los precios del proveedor.

La escalada de los gastos sanitarios en Estados Unidos llevó, a finales de la década de 1980, y bajo las presiones del gobierno y de los empresarios (que en Estados Unidos pagan el seguro de salud a sus empleados), a introducir el concepto de *asistencia gestionada*, cuyos principios de funcionamiento, muy distintos a los de *fee-for-services*, son¹⁵:

- **Contratación selectiva de proveedores**, el asegurado ya no puede ir a cualquier proveedor, sino, en principio, a aquellos contratados por la aseguradora.
- **Control y gestión del uso de los recursos**, los proveedores ya no podrán hacer cualquier cosa al paciente, sino que deben someterse a un rígido sistema de autorizaciones.
- **Precios negociados**, la negociación se produce con carácter previo por parte de la aseguradora, ya no hay régimen de precios libres.
- **Participación del riesgo por los proveedores**, ya que una parte del pago es por capitación, de tal forma que los hospitales y los médicos corren un riesgo con relación al uso y al coste del sistema.

Las tarifas más bajas de las empresas de asistencia gestionada produjeron un gran desplazamiento de los asegurados hacia esas empresas.

El efecto inicial de la asistencia gestionada fue una ralentización del crecimiento del gasto sanitario en Estados Unidos, que, sin embargo, ha recuperado su empuje en los últimos dos años.

Aunque, en Estados Unidos, parece inverosímil volver al *fee-for-services* tradicional, la asistencia gestionada recibió mucha contestación social, tanto por parte de los consumidores como de los médicos. Una enseñanza de la asistencia gestionada es el gran rechazo por parte de los consumidores a introducir un intermediario con intereses económicos en la relación directa con el médico. A la mayor parte de los consumidores no les gusta la idea de que una tercera parte, extraña tanto a ellos como a sus médicos, decida lo que ellos necesitan.

Temas integradores de las reformas sanitarias

Ya hemos visto que las reformas sanitarias son casi una constante de los sistemas públicos de acceso universal. Tras la diversidad de estrategias subyacen cuatro grandes temas integradores:

• El nuevo papel del Estado y del mercado en el sistema sanitario

A finales de la década de 1980, varios países europeos empezaron a reconsiderar la estructura de gobierno de sus sistemas sanitarios. Algunas funciones estatales se han ido descentralizando dentro del sector público (administraciones locales o regionales) y otras se han encomendado a la gestión privada.

El mercado privado sanitario está tomando un nuevo papel en el sector sanitario, en lo referente a la prestación de los servicios, e incluso a la financiación de los mismos.

En algunos sistemas sanitarios se combinan elementos propios del Estado con elementos propios del mercado, es decir, se introducen mecanismos de mercado (libertad de elección del consumidor, libertad de contratación del organismo financiador, etc.), pero se mantiene la propiedad y operación de los servicios en manos del sector público.

• La descentralización del sistema sanitario

La descentralización se contempla como un medio para resolver los problemas que han planteado las burocracias públicas centralizadas. Por eso hay una gran tendencia de trasladar gran parte de las competencias sanitarias a administraciones regionales o locales.

Las instituciones descentralizadas pueden presentar las ventajas de ser más flexibles, más innovadoras y responder con mayor rapidez a los cambios del entorno y a las necesidades de los consumidores. Por el contrario, pueden presentar efectos negativos. La propia proximidad del administrado puede ser un obstáculo para la toma de ciertas decisiones.

• El nuevo papel del ciudadano en términos de dotar de poderes, de derechos y de capacidad de elección del proveedor

Los consumidores están reivindicando un mayor papel en cuestiones logísticas (elección de médico y hospital), clínicas (posibilidad de intervenir en la toma de decisiones médicas), así como una mayor participación en la formulación de prioridades para el sistema sanitario.

• La importancia creciente de la salud pública

Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes son las principales causas de muerte en Europa. Las políticas relativas a áreas como la educación, la política fiscal, el transporte y la agricultura con frecuencia tienen un efecto mayor sobre los niveles de salud que las políticas específicas del sector sanitario, en su componente asistencial.

Una visión de futuro

Nuestra visión del sistema sanitario en el horizonte 2010 viene configurada por los siguientes rasgos:

• Implicación del ciudadano en el mantenimiento de su propia salud

La primera constatación sobre los elementos relevantes en el futuro es que los sistemas sanitarios deben orientarse hacia el ciudadano; no sólo al paciente, que lógicamente también, pero en primer lugar hacia el ciudadano.

No hay estrategia de salud a largo plazo, que pueda mantenerse y ser eficaz en sociedades avanzadas, que no sea sobre la base de una implicación del ciudadano en el mantenimiento de su estado de salud.

La base de esta afirmación es que el 80% de la morbilidad se debe a enfermedades crónicas, que el 70% de esta morbilidad corresponde a enfermedades evitables, y que puede retrasarse la aparición de la cronicidad mediante la puesta en marcha de programas que impliquen la participación activa del ciudadano¹⁶.

• «Poder del ciudadano»

Creemos que los actuales sistemas sanitarios europeos, en los que gran parte del protagonismo reside en los gobiernos, evolucionarán hacia sistemas más «centrados en los pacientes» y en los que el papel de éstos sea mucho más relevante.

Esto significará:

- En vez de un mundo sanitario de medicina compartimentalizada, los pacientes exigirán «modelos integrados de atención», focalizados en el conjunto de la persona.
- Los pacientes asumirán mayores responsabilidades en el cuidado de su salud y colaborarán más estrechamente con su médico en la toma de importantes decisiones sobre las opciones terapéuticas.
- Los pacientes demandarán que los tratamientos, en particular en enfermedades crónicas, se realicen en un entorno de comodidad. Esto va a significar la aparición del «hogar» como un importante entorno de atención.

• Nuevo rol de los profesionales

Al ser el sistema sanitario lo que se entiende por una «empresa del conocimiento», el papel de los profesionales es muy relevante. Estas instituciones valen lo que vale la capacidad y la iniciativa de sus profesionales. Por eso, en los mismos, los aspectos relacionados con la gestión del conocimiento y de las competencias tenderán a ocupar un papel central.

Al mismo tiempo, el «nuevo poder» de los pacientes hará que los profesionales se vean obligados a implicar y hacer partícipes a los mismos de sus decisiones.

• Importancia de los autocuidados

En relación con la mayor implicación del ciudadano en el mantenimiento de su estado de salud, creemos que el sistema sanitario del futuro potenciará el papel de los «autocuidados».

Esto requiere educar a los ciudadanos con información y guías, todo bajo el concepto básico de que el ciudadano informado puede:

- Determinar cuándo es necesaria y cuándo no la asistencia de un profesional.
- Comprender la necesidad de mejorar los hábitos de vida (promover la salud).

Hay suficiente evidencia de que los autocuidados contribuyen a una mejor salud y, al mismo tiempo, reducen el uso de los recursos y, por lo tanto, el coste¹⁷.

• Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación

El uso de las tecnologías avanzadas de la información y la comunicación será la fuerza de cambio de mayor influencia en la atención sanitaria en la próxima década.

El gran impacto de Internet, la revolución de la información en el siglo XXI, afectará de forma decisiva a los sistemas sanitarios, tanto en los aspectos de su actividad «esencial» —la interacción del paciente con los profesionales sanitarios— como en los de soporte¹⁸.

• Convergencia tecnológica

Definimos la *convergencia tecnológica* como la combinación de tecnologías previamente distintas y diferenciadas.

Un hecho de la máxima relevancia será la convergencia de las tecnologías médicas con las tecnologías de la información. La práctica óptima de la medicina en el futuro combinará las intervenciones tradicionales mecánicas, farmacológicas y quirúrgicas con nuevas terapias de base eléctrica, tratamientos biológicos y uso innovador de las tecnologías de la información.

• Continuidad asistencial

Uno de los problemas de la asistencia tal y como hoy la conocemos es la fragmentación y compartimentación de la misma. La exigencia de la continuidad asistencial por parte de los pacientes será uno de los rasgos del futuro.

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación proveen el sustrato para la formalización de este *continuum* asistencial.

• Medicina molecular e importancia del genoma humano

Aunque las consecuencias del proyecto Genoma humano sobrepasarán con mucho esta década, es probable que algunos de sus efectos ya empiecen a notarse en el horizonte 2010.

El proyecto permitirá el mejor conocimiento diagnóstico y la aparición de nuevas terapias, y, en general, orientará la medicina hacia una actividad más predictiva que curativa.

Megatendencias en el sector sanitario

Lógicamente, el intento de identificación de megatendencias en un sector tan complejo como el sanitario no deja de ser un ejercicio de arbitrariedad. Conscientes de ese riesgo, vamos a intentar comentar lo que nos parecen megatendencias del sector, esperando aportar claridad para su comprensión.

Nos parece que las principales megatendencias del sector sanitario son:

1. Sanidad es el sector que más va a crecer de la economía.
2. Cambio demográfico y cambios en los patrones de enfermedad.
3. Gran impacto de las nuevas tecnologías médicas.
4. Gran impacto de la innovación, principalmente relacionada con las tecnologías de la información.
5. Preocupación sobre la calidad.
6. Aparición del «nuevo consumidor».
7. Cambios, pero no radicales, en la forma de prestación de los servicios.
8. Cambios en el paradigma del modelo biomédico.
9. Aparición de la emergente economía de la salud.
10. ¿Un lugar para jugadores globales?

Veamos cada una de estas tendencias.

Sanidad es el sector que más va a crecer de la economía

Los gastos sanitarios están creciendo de forma muy acelerada en todos los países, y lo seguirán haciendo en el futuro. La previsión es que el gasto sanitario en Estados Unidos se sitúe en el 21% del PIB en 2020. Pero, para la misma época, el gasto sanitario en el resto de los países de la OCDE será de media un 16% del PIB (Figura 1.2). Tengamos en cuenta lo que esto significa: pasar del 15% al 21% en Estados Unidos y de en torno al 9% de media al 16% en el resto de los países de la OCDE, quitando Estados Unidos.

¿Qué razones explican este crecimiento del gasto en sanidad? La principal causa es la auténtica avalancha de nuevo conocimiento que se está generando en biomedicina (más de 60 000 citas mensuales en el Medline, la base de datos de publicaciones científicas de Estados Unidos)¹⁹. Este nuevo conocimiento se transforma rápidamente en innovadoras tecnologías diagnósticas y terapéuticas, que permiten resolver determinados problemas de salud, hasta ahora inabordables para la humanidad. Ésta es la causa principal. Aparte de esto, el envejecimiento de la población, las nuevas demandas sociales y una exigencia de mayor calidad también contribuyen activamente a este crecimiento del gasto.

Cambio demográfico y cambios en los patrones de enfermedad

Los cambios demográficos que se están produciendo en el sentido de envejecimiento de la población tendrán su influencia sobre el sistema sanitario, haciendo predominantes las enfermedades crónicas y dando mucho mayor peso a las enfermedades mentales.

Gran impacto de las nuevas tecnologías médicas

El centro de prospectiva *The Institute for the Future*²⁰ ha hecho una evaluación de las tecnologías médicas que tendrán más impacto en esta década, son las que se presentan en la Figura 1.3. Según este análisis, las tecnologías más relevantes en la presente década serán: fármacos de diseño, diagnóstico por la imagen, cirugía mínimamente invasiva, pruebas genéticas y farmacogenética, terapia génica, vacunas, sangre artificial, xenotrasplantes y utilización de células madre.

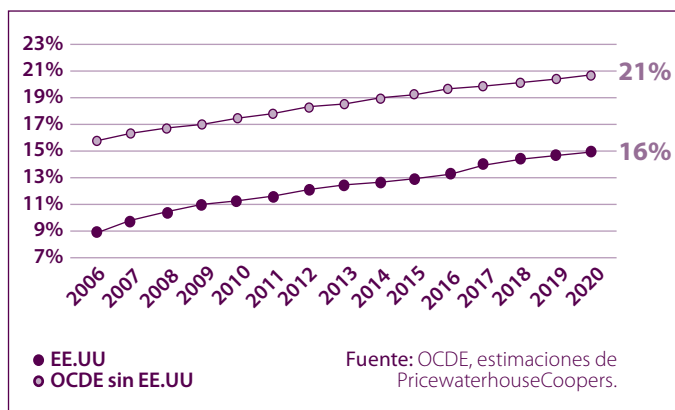


Figura 1.2. El crecimiento del gasto sanitario en la perspectiva de 2020.

Por su parte, Víctor Fuchs²¹ llevó a cabo recientemente una encuesta entre médicos americanos de qué tecnologías habían tenido más relevancia en los últimos tiempos. De entre 30 tecnologías analizadas, se seleccionaron 10 como las de mayor impacto:

1. Resonancia magnética y escáner.
2. Inhibidores de la ECA para tratar la hipertensión arterial.
3. Angioplastia para abrir coronarias bloqueadas.
4. Estatinas para mejorar el metabolismo lipídico y reducir el riesgo de enfermedad coronaria y otras enfermedades vasculares.
5. Mamografía.
6. *Bypass* de arteria coronaria por injerto.
7. Inhibidores de la bomba de protones y bloqueantes de los receptores H₂ para tratar el reflujo gastroesofágico.
8. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y nuevos antidepresivos no-ISRS
9. Extracción de la catarata e implantación de la lente.
10. Prótesis para el reemplazo de cadera y rodilla.

Gran impacto de la innovación, principalmente relacionada con las tecnologías de la información

Las tecnologías de la información van a revolucionar la práctica médica, particularmente favoreciendo la existencia del paciente informado, posibilitando los contactos profesional-paciente no presenciales, facilitando la información clínica en cualquier momento y entorno asistencial y haciendo posible que el clínico analice e incorpore de forma permanente los últimos avances de la ciencia médica.

Recientemente²² se han analizado las innovaciones de mayor impacto en el sector sanitario. Son las siguientes:

1. Programas de pago por *performance*.
2. Introducción de la historia clínica electrónica en la práctica médica.
3. «Aditivos» a la historia clínica electrónica: dispositivos de codificación, módulos de prescripción electrónica, visitas virtuales y acceso abierto a citas.
4. *Software* facilitador de la prescripción.
5. *Software* que permita el autocuidado, autoservicio y el refuerzo de los consumidores.
6. Monitorización remota *high tech/high touch*, con posibilidades de interactividad para los pacientes.
7. Historias de salud personales con o sin historia clínica electrónica.
8. Programas de *disease management* (gestión de enfermedades crónicas).
9. Movimiento hacia la transparencia.

Preocupación por la calidad

Ejemplificaremos la preocupación por la calidad con dos hechos.

El primero es la publicación por parte del *Institute of Medicine* de su famoso informe²³ sobre los errores médicos, en el que demuestra que en Estados Unidos se producen más muertes por errores médicos en hospitales que por accidentes

**FÁRMACOS DE DISEÑO**

Desarrollados identificando la estructura física y composición química de la diana y diseñando moléculas que actúen sobre la misma.

**DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN**

Avances en todas las áreas: origen de la energía, tecnología de detección, análisis de imágenes y tecnologías de visualización.

**CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA**

Avances en la tecnología de la fibra óptica, miniaturización de instrumentos y sistemas de navegación en catéteres.

**PRUEBAS Y MAPAS GENÉTICOS**

La detección de predisposición genética ofrece las bases para iniciar medidas preventivas. Se han desarrollado pruebas para detectar casi 500 enfermedades

**TERAPIA GÉNICA**

Introducción artificial de material genético que reemplaza genes eliminados o defectuosos. Hay más de 200 pacientes a escala mundial en ensayos clínicos.

**VACUNAS**

Nuevos usos de vacunas en enfermedades no infecciosas. Se prevé un gran potencial para prevenir cánceres relacionados con virus.

**SANGRE ARTIFICIAL**

La FDA ha aprobado recientemente productos con hemoglobina sintética, que parecen pueden ser un sustitutivo ideal de las transfusiones sanguíneas.

**XENOTRASPLANTES**

Evitaría la limitación de órganos y abordar por esta terapéutica otras enfermedades como diabetes y Parkinson.

**UTILIZACIÓN DE CÉLULAS MADRE**

La magnitud e impacto de la utilización de células madre va a ser enorme en los próximos años. Los primeros éxitos tendrán lugar con piel y huesos, y seguidamente con órganos y tejidos.

Figura 1.3. Tecnologías médicas de mayor impacto en esta década²⁰.

de tráfico o por cáncer de mama. Sus resultados se exponen en la Figura 1.4.

El segundo es la aparición en una famosa revista médica²⁴ de un artículo en el que se demuestra que pacientes adultos americanos reciben como media el 55% de la atención recomendada en enfermedades muy comunes. Los hallazgos fundamentales del artículo se presentan en la Figura 1.5.

Aparición del «nuevo consumidor»

Según el Departamento de Trabajo americano, podrían definirse como «nuevos consumidores» aquellos que tuvieran al menos dos de las siguientes características: a) experiencia con las tecnologías de la información (como poseer un ordenador); b) más de un año de educación superior, y c) ingresos familiares superiores a 50 000 euros/año. Este «nuevo consumidor» tendría una actitud ante los servicios sanitarios distinta a la del tradicional «paciente», y más parecida a la de un exigente cliente.

Según estos criterios, más del 50% de los usuarios de los sistemas sanitarios son nuevos consumidores, también en nuestro medio.

Cambios, pero no radicales, en la forma de prestación de los servicios

Con este enunciado, queremos decir que no se vislumbra la aparición de ninguna organización sanitaria que sea capaz de sustituir a las consultas médicas individuales y a los hospitales como formas predominantes de provisión en sanidad.

Sin embargo, aparecerán nuevas formas asistenciales, complementarias y en gran parte sustitutivas de las anteriores: servicios médicos *online*, e-visitas, desarrollo de la telemedicina, aparición

de organizaciones focalizadas especializadas en un determinado problema de salud, etc.

Manteniéndose las formas tradicionales de atención, habrá un cierto desplazamiento de la actividad presencial por actividad y seguimiento a distancia, aprovechando las posibilidades de las nuevas tecnologías.

Cambios en el paradigma del modelo biomédico

Estos cambios tratan de representarse en la Tabla 1.3, en la que se contemplan los cambios desde la atención episódica, centrada en la curación, pagada por acto, dirigida por el profesional y desde una perspectiva curativa a los nuevos paradigmas, que pone énfasis en la gestión de enfermedades crónicas, el seguimiento, el rol del paciente y la medicina predictiva.

Aparición de la emergente economía de la salud

Este concepto incorpora la idea de que no hay mayor impulsor del crecimiento económico en esta década que el concepto de salud y

Tabla 1.3. Cambios en el modelo biomédico

Modelo biomédico	Futuro
Atención episódica	Gestión de enfermedades crónicas
Objetivo: curación	Control y adaptación a la enfermedad, cuando no es posible la curación
Pago por acto	Suscripción
Proceso liderado por el proveedor del servicio	Proceso liderado por el consumidor
Medicina curativa	Medicina predictiva

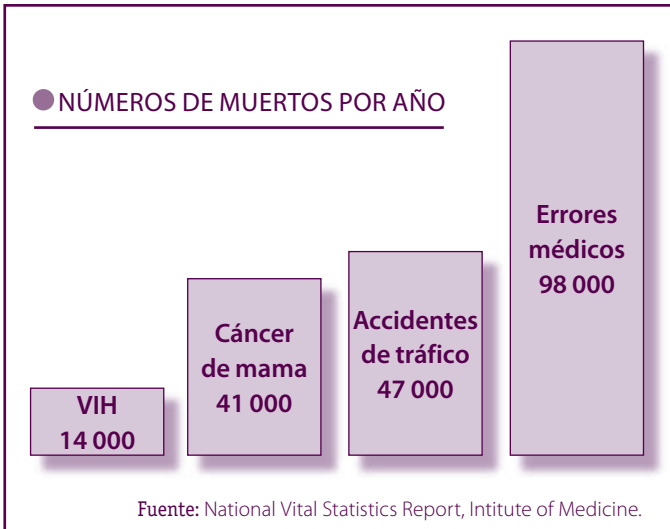


Figura 1.4. Muertes por errores médicos comparadas con muertes por otro tipo de enfermedades conocidas.

los productos y servicios vinculados a este concepto, por encima de la biotecnología, de la tecnología de comunicaciones inalámbricas o la nanotecnología.

Alrededor del sistema sanitario tradicional, que, como hemos visto, seguirá creciendo de forma muy pronunciada, surgirán nuevos productos y servicios relacionados con la salud en sentido amplio: elementos del bienestar (*wellness*), productos dietéticos, productos cosméticos, sistemas de protección, etc. Esta idea trata de expresarse en la Figura 1.6.

Se producirán varios fenómenos en torno a esta emergente economía de la salud: los consumidores europeos seguirán utilizando los servicios sanitarios tradicionales a través de la forma del tercer pagador (el seguro sanitario, sea público o privado), y, al mismo tiempo, accederán a los nuevos productos y servicios de salud pagando con dinero de su bolsillo.

Por otra parte, empresas del sector sanitario empiezan a incorporar a su oferta productos y servicios no tradicionales relacionados con la salud, así como también empresas no vinculadas al sector salud se están adentrando en estos terrenos.

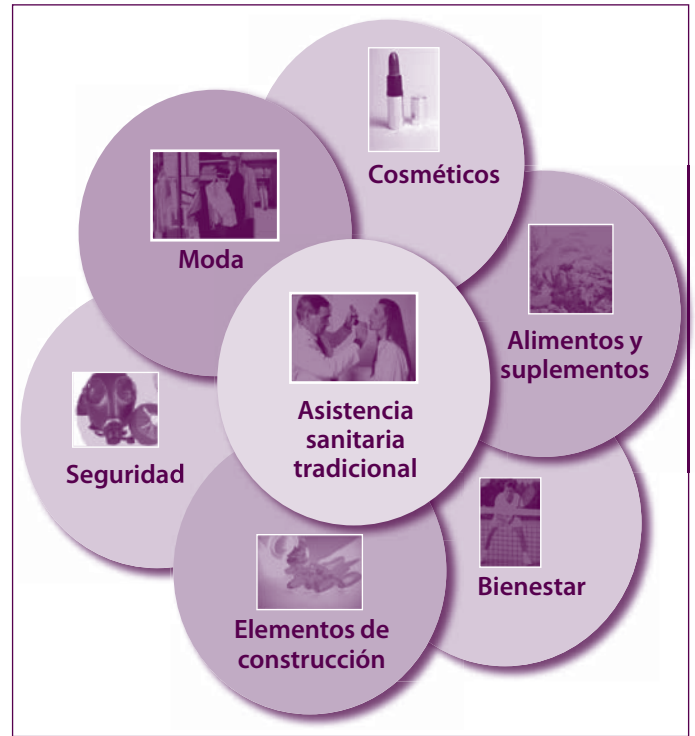


Figura 1.6. Emergente economía de la salud.

¿Un lugar para jugadores globales?

Hasta ahora, en el sector sanitario, las únicas compañías globales eran las farmacéuticas y de equipamiento electromédico. Las compañías aseguradoras y proveedoras de servicios sanitarios actuaban en mercados locales. Se decía que las especificidades regulatorias y de relaciones con los profesionales eran tan determinantes que las compañías globales no podían aportar valor. No sabemos si esta situación estará empezando a cambiar.

Los defensores del nuevo papel de compañías globales en el ámbito del seguro y la provisión sanitaria dicen que el elemento diferencial de competitividad será cada vez más la innovación, y que estas compañías globales están en disposición más favorable de introducir la innovación que las compañías locales.

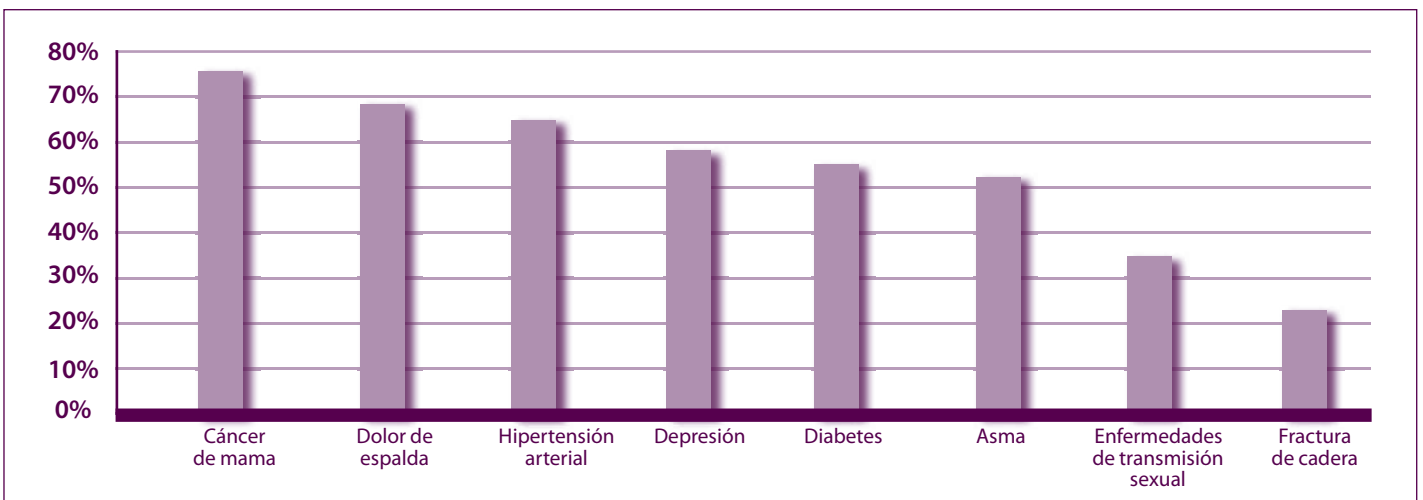


Figura 1.5. Atención recibida por pacientes adultos americanos en enfermedades muy comunes²⁴.



Lo que es cierto es que hay determinadas compañías de seguros sanitarios y de provisión que tienen operaciones internacionales, según podemos ver en la Figura 1.7.

Sistema sanitario español

Atributos generales del sistema sanitario español

El sistema sanitario español, aunque tiene su origen, como todos los europeos, en un sistema de tipología de seguros sociales, evolucionó, sobre todo a partir de la Ley General de Sanidad de 1986, hacia un sistema con las características de Servicio Nacional de Salud (aunque se prefirió denominar Sistema Nacional de Salud, para hacer énfasis en su carácter y vocación de descentralización, evitando el paralelismo con el entonces hipercentralizado *National Health Service* británico).

Aparte del sector público, existe un relativamente amplio y dinámico sector privado. Aproximadamente un 12% de la población tiene doble cobertura, a partir de aseguradoras privadas. También existe una potente red hospitalaria de provisión privada.

Principales características del sistema

En cuanto al estado de salud

Unos buenos indicadores generales de salud

Si tenemos en cuenta los indicadores clásicos de salud, entre éstos la esperanza de vida, nuestro nivel de salud es excelente, y puede situarse entre los mejores del mundo.

Estos buenos indicadores generales de salud se ponen de manifiesto en el análisis comparativo de la esperanza de vida al nacer en los distintos países de la OCDE, tal y como se pone de manifiesto en la Tabla 1.4.

Otros indicadores, como la esperanza de vida a los 65 años (para ambos sexos), la mortalidad infantil, o los años

potenciales de vida perdidos antes de los 70 años en mujeres y varones, confirman esta buena situación.

Una morbilidad propia de país desarrollado

Las causas de muerte en España tienen el perfil de un país desarrollado: enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes, como causas fundamentales. Nada que ver, por lo tanto, con el perfil propio de los países subdesarrollados o en vías de desarrollo: desnutrición o enfermedades infecciosas o parasitarias.

Las principales causas de muerte en 2002 fueron ²⁵: enfermedades cardiocirculatorias (31.5%), cáncer (28.3%) y causas externas (5.7%).

En cuanto a la tipología general del sistema

Un sistema con tipología Servicio Nacional de salud, muy descentralizado

La tipología general de nuestro sistema sanitario es la de un Servicio Nacional de Salud. Recordemos que ésta es una de las tipologías fundamentales de organización de los servicios públicos de salud en Europa. Las principales características del español son:

- **Pertenencia al mismo en función de la condición de ciudadano**, no por pertenecer a un gremio específico, como en los de tipología seguros sociales.
- **Financiación predominantemente pública vía impuestos**, y no por cotizaciones sociales. Desde 1988, hubo un cambio sustancial de financiación, por el cual perdía peso la financiación vía cotizaciones de trabajadores y empresarios para adquirir el peso fundamental la aportación del Estado.
- **Predominio de provisión pública**. Al revés que los sistemas de seguros sociales, en los que gran parte de la provisión está en manos de instituciones privadas (con o sin ánimo de

Tabla 1.4. Esperanza de vida al nacer (2004)

Países	Mujeres	Varones
Francia	83.8	76.7
España	83.8	77.2
Suecia	82.7	78.4
Italia	82.5 (2000)	76.6 (2000)
Canadá	81.9 (2000)	76.7 (2000)
Bélgica	81.4 (2000)	75.1 (2000)
Alemania	81.4	75.7
Grecia	81.4	76.6
Reino Unido	80.2 (2000)	75.4 (2000)
Portugal	80.0 (2000)	73.2 (2000)
Dinamarca	79.9	75.2
Estados Unidos	79.5 (2000)	74.1 (2000)

Fuente: OECD Health Data; 2006.

lucro), en España, gran parte de la provisión es pública, es decir está organizada y gestionada por el sector público (no sólo financiada). En España, es de gestión pública directa el 70% de las camas hospitalarias y, con muy pocas excepciones situadas fundamentalmente en Cataluña, toda la Atención Primaria.

- **Sistema muy descentralizado.** Iniciándose en Cataluña en 1981 y culminando para todas las comunidades autónomas a partir de 2002, todos los servicios sanitarios públicos en nuestro país están gestionados por las comunidades autónomas.



Cobertura universal

En España, el sistema sanitario público tiene una cobertura universal o cuasi universal. En esto, está alineado con los sistemas de salud de los países industrializados, con la excepción de Estados Unidos.

El 99% de la población tiene cobertura pública, a través del sistema obligatorio.

Aproximadamente el 12% de la población tiene, además, cobertura privada, con lo cual tiene doble cobertura.

Esta situación de cobertura pública universal delimita el papel del sector privado, que puede ser del siguiente tipo:

- **Complementario**, áreas de actividad no cubiertas por el sistema público. Dada la amplia cartera de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, este papel queda restringido a muy pocas actividades: cirugía plástica, cirugía ocular refractiva y pocas cosas más.
- **Sustitutivo**, cuando en vez de elegir el sistema público, se elige el privado. Dado el carácter obligatorio del sistema público, sólo los funcionarios del Estado pueden elegir, a través del Mutualismo Administrativo, como veremos más adelante.
- **Alternativo**, posibilidad de utilizar alternativamente el sistema público o el privado. Accesible al porcenta-

je de población con doble cobertura, por disponer de una póliza privada. También a los que, en un momento dado, deciden acudir al sistema privado, sin cobertura de seguro, pagando los honorarios de su bolsillo.



Un sistema de tipología «integrado»

Se llaman *sistemas integrados* cuando la financiación, compra y provisión de servicios no están claramente separadas en cuanto a dependencias. Nuestro sistema público tiene las características de un sistema «integrado» y las recientes transferencias a las comunidades autónomas han contribuido a reforzar esta característica.

Los meritorios, innovadores y parciales esfuerzos de cambio en la forma de gestión que se han puesto en práctica en algunas comunidades autónomas (Cataluña, entre otras) no han cambiado sustancialmente esta situación.



Un sistema generoso en las prestaciones

La amplitud de prestaciones del Sistema Nacional de Salud y la práctica ausencia de copago (sólo presente en la prestación farmacéutica, y con notables excepciones y bolsas de fraude) configuran a nuestro sistema como uno de los más generosos, si no el que más, de la OCDE.

La pregunta es si esto es mantenible, asegurando los niveles de calidad y sin que los gastos en sanidad representen un porcentaje inasumible sobre el producto interior bruto (PIB), dado nuestro valor de renta.

Es fácil mantener la actual amplitud de las prestaciones degradando la calidad o impulsando al alza el gasto sanitario. Nos preguntamos si cualquiera de estos escenarios es asumible por nuestra sociedad.

En cuanto a la financiación



Financiación predominantemente pública

El 70.9% del gasto sanitario en España es público. España se mueve en una razón por debajo de la mayoría de los países europeos en cuanto a financiación pública sobre gasto sanitario total, tal y como se pone de manifiesto en la Tabla 1.5.



Un gasto sanitario en relación con nuestro nivel de riqueza

El gasto sanitario en España viene a corresponder a un 8% del PIB. Es, por tanto, más bajo que la media de los países de la OCDE, que está en torno a un 9%. Esto es utilizado por algunos analistas y grupos políticos como una demostración de que España gasta menos en sanidad de lo que debería. Lo que no se tiene en cuenta es que en análisis de gastos en sanidad no vale comparar porcentajes: hay que comparar porcentajes con niveles de renta. A mayor nivel de renta *per cápita*, mayor porcentaje de gasto sanitario en relación con el PIB. Cuando se hace una recta de regresión comparando estos elementos (gasto sanitario en porcentaje del PIB y renta *per cápita*) en

Tabla 1.5. Porcentaje de financiación pública sobre gasto total en salud (2004)

Países	Porcentaje de gasto público
Reino Unido	85.5
Suecia	84.9
Dinamarca	82.9 (2002)
Francia	78.4
Alemania	78.2 (2003)
Italia	76.4
Portugal	71.9
Bélgica	71.1 (2003)
España	70.9
Canadá	69.8
Grecia	52.8
Estados Unidos	44.7

Fuente: OCDE Health Data; 2006.

los países de la OCDE, vemos que España está, más o menos, a la altura de gasto sanitario que le corresponde²⁶.

El porcentaje de PIB dedicado a sanidad en un grupo seleccionado de países de la OCDE se presenta en la Tabla 1.6.



Bajo nivel de participación en el gasto en el momento del servicio (bajo nivel de copago)

España es uno de los países de la Unión Europea con menor copago en los servicios sanitarios públicos: sólo existe el 40% en medicamentos expedidos por receta para activos. Sin embargo, las numerosas excepciones que existen a ese 40% (enfermos crónicos, pacientes de SIDA, etc.), la exclusión de los pensionistas y, la bolsa que existe por la utilización fraudulenta de las recetas de los pensionistas²⁷ hacen que ese 40% se convierta en no más del 8% del gasto público en medicamentos financiados por medio del copago.



Un alto porcentaje de gasto farmacéutico sobre gasto sanitario total, que coexiste con un bajo gasto en medicamentos *per cápita*

España es uno de los países de la OCDE con más alto porcentaje de gasto farmacéutico sobre gasto sanitario total (Tabla 1.7). Esta realidad hay que contrastarla con el hecho de que, al mismo tiempo, España es uno de los países de Europa con los precios de medicamentos más baratos, así como con un consumo farmacéutico *per cápita* de los más bajos de los países de la Unión Europea (Tabla 1.8).

En cuanto a recursos

Tradicionalmente, y de forma simplificada, se decía que teníamos un sistema sanitario con pocas camas, muchos médicos y pocos enfermeros y dentistas. Esta situación está cambiando. Veamos cada apartado.

Tabla 1.6. Porcentaje del PIB dedicado a sanidad (2004)

Países	Porcentaje del PIB
España	8.1
Reino Unido	8.3
Italia	8.4
Dinamarca	8.9
Suecia	9.1
Canadá	9.9
Grecia	10.0
Portugal	10.0
Bélgica	10.1 (2003)
Francia	10.5
Alemania	10.9 (2003)
Estados Unidos	15.3

Fuente: OECD Health Data; 2006.

Tabla 1.7. Porcentaje de gasto farmacéutico sobre gasto sanitario total (2004)

Países	Porcentaje de gasto farmacéutico
Portugal	23.2
España	22.8
Italia	21.4
Francia	18.9
Canadá	17.7
Grecia	17.4
Reino Unido	15.8 (2000)
Alemania	14.6 (2003)
Suecia	12.3
Estados Unidos	12.3
Bélgica	11.3
Dinamarca	9.4

Fuente: OECD Health Data; 2006.



Pocas camas

España es de los países de la Unión Europea con menos camas por 1000 habitantes. Esta situación no significa que estemos defendiendo una política masiva de apertura de nuevas camas. De hecho, en los países de la Unión Europea con más camas (Dinamarca y Alemania) se está produciendo una reducción significativa del número de camas, y el auge de las alternativas a la hospitalización tradicional (cirugía mayor ambulatoria, hospitalización de día, hospitalización domiciliaria, etc.) hace que exista una tendencia en todo el mundo a la reducción del número de camas, tendencia de la que no puede excluirse nuestro país, a pesar del bajo número de camas de partida.

La situación de las camas de agudos por 1000 habitantes en algunos países de la OCDE se refleja en la Tabla 1.9.

Tabla 1.8. Gasto farmacéutico per cápita (2003) en dólares estadounidenses

Países	Gasto farmacéutico per cápita
Dinamarca	272
Grecia	322
Suecia	339 (2002)
España	401
Alemania	436
Italia	498
Canadá	507
Francia	606
Estados Unidos	728

Fuente: Health at a Glance. OECD, 2005.

Tabla 1.9. Camas de agudos por cada 1000 habitantes (2004)

Países	Camas de agudos
Suecia	2.2
Estados Unidos	2.8
España	2.8 (2003)
Portugal	3
Canadá	3 (2003)
Dinamarca	3.3 (2003)
Reino Unido	3.6
Italia	3.7 (2003)
Grecia	3.8 (2002)
Francia	3.8
Bélgica	4.8
Alemania	6.4

Fuente: OECD Health Data; 2006.

>> Muchos médicos

Hasta hace poco, España era uno de los países del mundo con más médicos por 1000 habitantes. Los efectos del *numerus clausus* mantenido en nuestras Facultades de Medicina han ido modificando esta situación²⁸, hasta el punto de que en el momento actual España está por debajo del número de médicos por 1000 habitantes en relación con muchos países europeos (Tabla 1.10)

Tabla 1.10. Médicos por cada 1000 habitantes (2004)

Países	Número de médicos
Canadá	2.1
Reino Unido	2.3
Estados Unidos	2.4
Portugal	2.5 (2003)
Dinamarca	3 (2003)
Suecia	3.3 (2003)
España	3.4
Alemania	3.4
Francia	3.4
Bélgica	4
Italia	4.2
Grecia	4.9

Fuente: OECD Health Data; 2006.

>> Pocos enfermeros

Había un patrón típico en Europa. En los países del norte de Europa, había muchos enfermeros y pocos médicos, mientras que, en los mediterráneos, se daba el patrón inverso: muchos médicos y pocos enfermeros. Aunque en España esta situación se está corrigiendo y no es ya tan llamativa como en Italia o Grecia, todavía respondemos en parte a este patrón (Tabla 1.11).

>> Un número bajo de dentistas

A pesar del esfuerzo tan impresionante que se ha hecho en nuestro país de creación de Facultades de Odontología, en términos comparativos, nos encontramos con un índice bajo de dentistas por 1000 habitantes entre los países de la OCDE (Tabla 1.12)

En cuanto a utilización

>> Un alto nivel de inmunización

Las tasas de inmunización para difteria, tétanos, tos ferina y sarampión en niños son de los más altos de los países de la OCDE²⁹

>> En términos relativos, una frecuentación alta de consultas médicas y una baja frecuentación hospitalaria

La baja frecuentación hospitalaria tiene sin duda su razón de ser en la baja razón de camas por 1000 habitantes (Tabla 1.13). Más difícil es explicar la alta frecuentación de consultas

Tabla 1.11. Enfermeros por cada 1000 habitantes (2004)

Países	Número de enfermeros
Grecia	3.8 (2002)
Portugal	4.4
Italia	5.4 (2003)
España	7.4
Francia	7.5
Estados Unidos	7.9 (2002)
Reino Unido	9.2
Alemania	9.6
Dinamarca	9.7 (2003)
Canadá	9.9
Suecia	10.3 (2003)

Fuente: OECD Health Data; 2006.

Tabla 1.12. Dentistas por cada 1000 habitantes (2002)

Países	Número de dentistas
Reino Unido	0.4
España	0.4
Portugal	0.5
Italia	0.5
Estados Unidos	0.6
Canadá	0.6
Francia	0.7
Alemania	0.8
Dinamarca	0.9
Suecia	0.9
Grecia	1.1

Fuente: OECD Health Data; 2003.

médicas (Tabla 1.14), muy llamativamente por encima del resto de los países de la OCDE.



Una estancia media hospitalaria relativamente alta

La estancia media en hospitales de agudos es relativamente alta, en relación con otros países de la OCDE, como puede observarse en la Tabla 1.15.

En cuanto a las características generales del modelo asistencial



Una potente red hospitalaria, predominantemente pública

Tabla 1.13. Altas hospitalarias por cada 1000 habitantes (2003)

Países	Días en camas de agudos
Portugal	7818
Canadá	8828
España	10 893 (2002)
Estados Unidos	11 712 (2002)
Italia	14 053
Grecia	16 095 (2000)
Dinamarca	19 741
Alemania	20 164
Reino Unido	23 659
Francia	25 110 (2002)

Fuente: Health at a Glance. OECD; 2005.

Tabla 1.14. Número de consultas per cápita (2003)

Países	Número de consultas
Suecia	2.9 (2001)
Reino Unido	5.2
Italia	6.1 (2000)
Canadá	6.2 (2001)
Francia	6.9 (2002)
Dinamarca	7.3
Bélgica	7.8 (2002)
Estados Unidos	8.9
España	9.5

Fuente: Health at a Glance. OECD; 2005.

A pesar de lo que hemos dicho en cuanto al número de camas hospitalarias en España, en nuestro país existe una potente red hospitalaria de agudos, en general bien dotada de medios técnicos, con alta cualificación del personal y altamente eficaz.

La red es pública de forma predominante, ya que el 70% de las camas hospitalarias son públicas. Sin embargo, esta proporción se invierte en Cataluña, donde son públicas en torno al 30%, siendo las restantes concertadas, si bien muchas de éstas están constituidas por consorcios con participación de ayuntamientos, es decir, aunque en muchas de éstas exista gestión privada, en realidad, son también públicas.

En general, con algunas excepciones, son públicos los grandes hospitales de referencia y universitarios.



Una potente red de Atención Primaria, basada en centros de salud

La organización de la Atención Primaria pública en España está basada en los centros de salud (edificios o lugar en donde

Tabla 1.15. Estancia media en camas de agudos (2003)

Países	Estancia media
Dinamarca	3.6
Suecia	4.8 (2002)
Francia	5.6
Estados Unidos	5.7
Grecia	6.2 (2000)
Reino Unido	6.7
Italia	6.8 (2002)
España	7 (2001)
Canadá	7.4 (2002)
Bélgica	7.7 (2001)
Alemania	8.9

Fuente: Health at a Glance. OECD; 2005.

se ejerce la asistencia) y en equipos de Atención Primaria (conjunto multidisciplinar de profesionales, formado por médicos y enfermeros, fundamentalmente). Los centros son públicos y los profesionales son empleados públicos. Esto es atípico en Europa, donde la Atención Primaria se ha formado por evolución natural de la práctica médica y está constituida por profesionales independientes que mantienen un contrato con el sistema público. Ésta es la situación que se da incluso en países con Servicio Nacional de Salud, como el Reino Unido.



La Atención Primaria como puerta de entrada al sistema público (papel de *gate-keeper* o «portero»)

España es de los países de Europa en los que la Atención Primaria actúa como puerta de entrada al sistema sanitario público. Digamos ahora que hay algunos países en los que la Atención Primaria cumple este papel (Reino Unido y España), mientras que en otros no lo ejerce y hay acceso directo al especialista (caso de Francia, aunque esta situación se está modificando con las últimas reformas)³⁰.

En general, esta circunstancia se valora muy positivamente y se considera uno de los puntos fuertes del sistema. Una Atención Primaria bien organizada, con un papel de *gate-keeper*, puede hacer mucho por la continuidad asistencial y por la racionalidad de la asistencia.

Determinantes no médicos de la salud



El consumo de tabaco es un importante problema de salud

España es uno de los países de la OCDE donde más se fuma, tal y como puede verse en la Tabla 1.16.



También el consumo de alcohol es alto

En términos relativos, España es también uno de los países de la OCDE donde más alcohol se consume (Tabla 1.17).

Tabla 1.16. Porcentaje de adultos que fuma diariamente (2004)

País	Porcentaje de fumadores
Canadá	15.0
Suecia	16.2
Estados Unidos	17.0
Portugal	20.5 (2000)
Francia	23.0
Italia	24.2 (2003)
Alemania	24.3 (2003)
Reino Unido	25.0
Dinamarca	26.0
Bélgica	27 (2003)
España	28.1 (2003)

Fuente: Health Data; 2006.

Tabla 1.17. Consumo en litros de alcohol per cápita (población mayor de 15 años) (2004)

País	Consumo per cápita
Suecia	6.5
Canadá	7.9 (2003)
Italia	8 (2003)
Estados Unidos	8.4 (2003)
Grecia	9.2 (2002)
Alemania	10.1
Bélgica	10.7 (2003)
Dinamarca	11.4
Portugal	11.4 (2003)
Reino Unido	11.5
España	11.7 (2003)
Francia	14.0 (2003)

Fuente: OECD Health Data; 2006.



El sobrepeso es un problema creciente

Aunque sin alcanzar los niveles de epidemia grave que está tomando en Estados Unidos, o en el Reino Unido y Canadá, el sobrepeso es un problema creciente en nuestro país (Tabla 1.18).

Componentes del sistema sanitario español

Es importante tener claro que el sistema nacional de salud, constituido por los servicios regionales de salud de las comunidades autónomas, no es todo el sistema sanitario, que está formado por un complejo entramado de instituciones públicas y privadas, tal y como queda reflejado en la Figura 1.8. De la misma manera

Tabla 1.18. Porcentaje de varones mayores de 15 años con índice de masa corporal superior a 30 (población obesa) (2004)

País	Porcentaje con sobrepeso
Italia	9 (2003)
Francia	9.5
Dinamarca	9.5 (2000)
Suecia	9.8
Bélgica	12.7
Portugal	12.8 (2000)
Alemania	12.9 (2003)
España	13.1 (2003)
Canadá	22.4
Reino Unido	23
Estados Unidos	30.6 (2002)

Fuente: OECD Health Data; 2006.

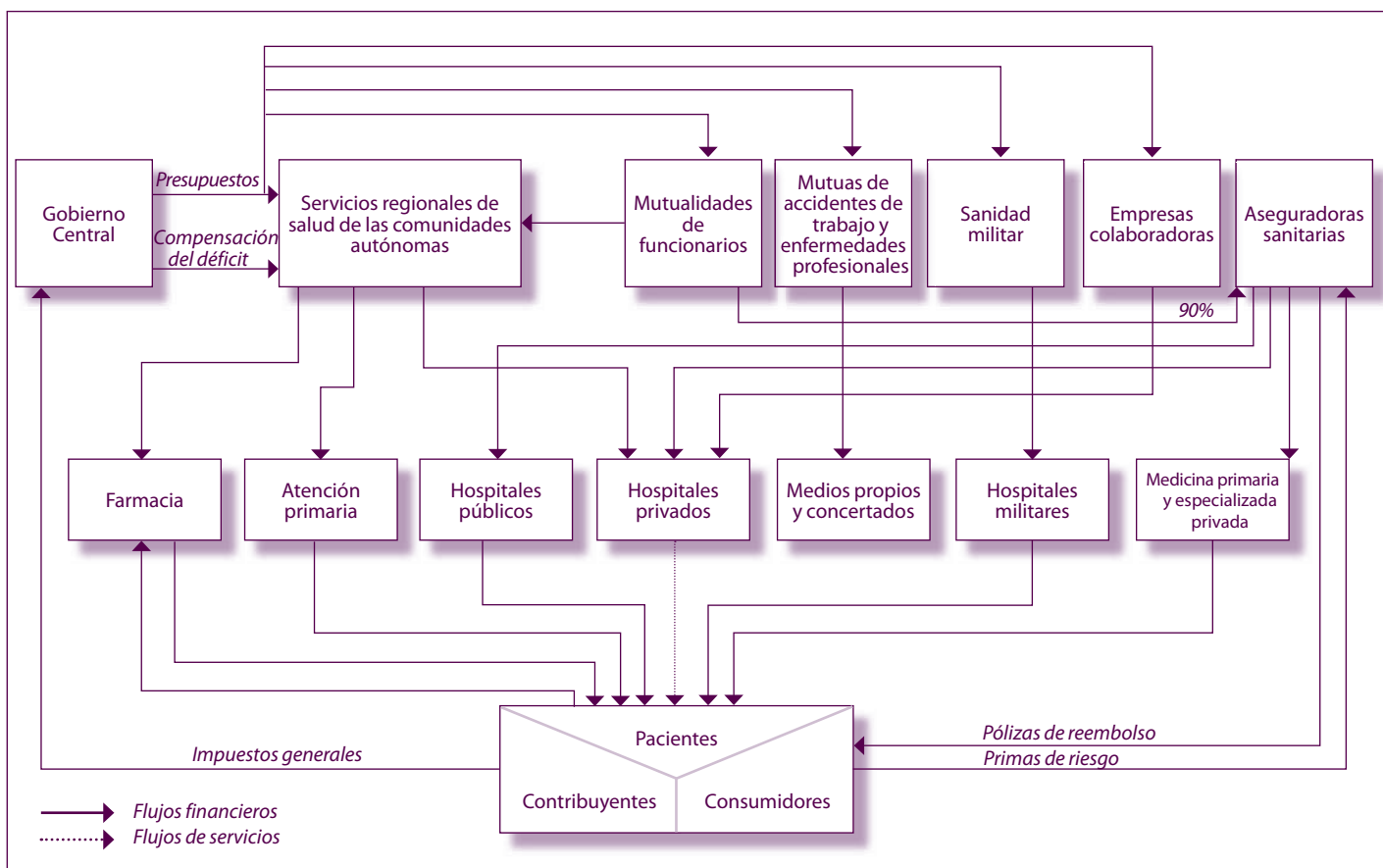


Figura 1.8. Componentes del sistema sanitario español.

que el sistema sanitario es una parte del más amplio sector salud.

Para una aproximación conceptual más rigurosa del papel del sector público y de la iniciativa privada en el sector sanitario, veámoslo desde el juego de las distintas funciones en el sector, en el caso español. Analicemos las distintas combinaciones de financiación, compra y provisión, asumiendo que la planificación y la regulación son públicas.

En la Tabla 1.19, se presentan las distintas combinaciones público/privado que pueden darse en nuestro sistema sanitario.

Sector público: Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud, aunque es una realidad muy evidente, no tiene personalidad jurídica propia, ni una estructura de gestión específica. Está formado por los servicios de salud de las comunidades autónomas.

El Sistema Nacional de Salud ofrece servicios sanitarios a través de sus medios propios o, de ser insuficientes, por medios ajenos, a través de la prestación concertada.

Prestación por medios propios

Esto ocurre en la totalidad de la Atención Primaria (bien por el sistema tradicional de los médicos generales o por el nuevo y ya muy generalizado de los centros de salud y los equipos de Atención Primaria). Solamente en algunas áreas de Cataluña

existe prestación de Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud por medios ajenos, en régimen de convenio con el sistema público.

Prestación por medios concertados

En cuanto a la prestación de servicios hospitalarios, en gran parte, se hace por medios propios (los hospitales de la antigua red de la Seguridad Social, en primer lugar, y otros públicos). No obstante, dado que los hospitales públicos son insuficientes para atender a las necesidades del Sistema, se recurre también a la utilización de hospitales privados. Para ello, existen diferentes regímenes de concertación en las distintas comunidades autónomas, así como convenios singulares.

Perspectivas del Sistema Nacional de Salud

El futuro del Sistema Nacional de Salud es crítico para la evolución de conjunto del sector, dada su importancia. Hay que tener en cuenta que el Sistema Nacional de Salud representa la parte del león de los gastos sanitarios.

Sobre el Sistema Nacional de Salud recae el peso fundamental de la asistencia sanitaria en nuestro país. No obstante, hay gran coincidencia en que el Sistema Nacional de Salud tiene graves problemas derivados de su rigidez administrativa, irresponsabilidad burocrática, ineficiencias, incentivos perversos, politización y desánimo del personal sanitario. Todo ello requiere un proceso de reforma, en la línea de dar mayor protagonismo al paciente, y autonomía y res-

* El artículo 149.1.16ª atribuye al Estado las funciones de «bases y coordinación general de la sanidad». El alcance y las funciones de la coordinación general de la sanidad, como rol diferenciado del establecimiento de las bases, fueron ratificados por Sentencias del Tribunal Constitucional (32/83 y 43/83).

Tabla 1.19. Combinaciones público/privado en el sistema sanitario español

Financiación	Compra	Provisión	Ejemplos	Peso relativo
Pública	Pública	Pública	Paciente del SNS que es atendido en una institución pública	Es la forma más común de prestación de servicios sanitarios en nuestro país
Pública	Pública	Privada	Paciente del SNS que es atendido en una institución privada, mediante un concierto	Muy frecuente, funciona así todo el régimen concertado, particularmente hospitalario. Hay que tener en cuenta que sólo el 70% de las camas hospitalarias son públicas
Pública	Privada	Pública	Rara, pero existe. Ejemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente del Mutualismo Administrativo («sistema MUFACE») que opta por una aseguradora, en los raros casos en que la aseguradora utiliza el sector público (para determinadas prestaciones, p. ej: trasplantes) • También la utilización del sector público por parte de mutuas de accidentes de trabajo 	Peso escaso
Pública	Privada	Privada	Mutualismo Administrativo con opción de aseguradora, con provisión por medios privados; Entidades colaboradoras y mutuas de accidentes de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • El Mutualismo Administrativo cubre a 2.1 millones de funcionarios, el 85% de los cuales opta por una aseguradora • Entidades colaboradoras • Mutuas de accidentes de trabajo (enfermedad profesional y accidente laboral) cubren en torno a 9 millones de trabajadores
Privada	Pública	Pública	Prácticamente no existe	
Privada	Pública	Privada	Prácticamente no existe	
Privada	Privada	Pública	Es rara pero existe, cuando una aseguradora utiliza el sistema público por carecer de esa prestación	Excepcional
Privada	Privada	Privada	<ul style="list-style-type: none"> • Seguros sanitarios voluntarios • Sistema de pago directo sin seguro 	Más de 4 millones de ciudadanos están cubiertos con una póliza privada (doble aseguramiento)

ponsabilidad a los centros del Sistema. Es ésta una reforma que periódicamente se anuncia, pero cuya complejidad, dificultad y coste político no escapan a nadie.

Fuerzas centrífugas y centrípetas en el Sistema Nacional de Salud

El hecho de las recientes transferencias a todas las comunidades autónomas ha hecho plantearse a algunos si el Sistema Nacional de Salud seguirá siendo un sistema o irá evolucionando hacia un conjunto heterogéneo de subsistemas, en el que los elementos comunes sean mínimos³¹.

Esta pregunta es pertinente, ya que aunque, según la Constitución de 1978, corresponden a la Administración central del Estado el establecimiento de las bases y la coordinación general de la sanidad*, lo cierto es que la *realpolitik* parece decir que por mucho artículo constitucional que pueda esgrimirse, es difícil mantener la influencia sin un presupuesto. Y el presupuesto está casi totalmente descentralizado en las comunidades autónomas.

Aunque es pronto para contestar a la pregunta de si el Sistema Nacional de Salud seguirá siendo un sistema, no parece arriesgada

la respuesta dada por Juan del Llano* de que esto va a depender del equilibrio entre las fuerzas centrífugas y las fuerzas centrípetas.

Entre las fuerzas centrífugas destacan:

- Voluntad de diferenciación de los servicios autonómicos por motivos políticos.
- Disparidades en la calidad y en el acceso a las mismas prestaciones.
- Diferencias en los recursos financieros *per cápita*, por la distinta capacidad de recaudación mediante recargos impositivos y el diferente punto de partida.
- Limitaciones del Fondo de Cohesión Sanitaria, destinado sólo a financiar desplazados, sin margen para utilizarse como compensador de desigualdades y de pérdidas de equidad.
- Dificultades de comparación y de evaluación de la equidad, por falta de homogeneidad en la información.
- Dispersión de regímenes de personal y retribuciones.
- Heterogeneidad en los sistemas de gestión y aprovisionamiento y en la utilización de los recursos privados.

* Juan del Llano, intervención en el desayuno organizado por BearingPoint el 19 de enero de 2005.

Entre las fuerzas centrípetas podríamos señalar:

- Funcionamiento de los órganos de coordinación liderados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Consejo Interterritorial y comisiones especializadas) y de las iniciativas de cooperación entre comunidades autónomas.
- Influencia de los problemas de fondo compartidos, que aconsejan dar respuestas convergentes a la demanda creciente de cantidad y calidad de las prestaciones
- Problemas financieros comunes.
- Presiones de los colectivos profesionales.
- Influencia de los proveedores de medicamentos, productos, bienes y servicios.
- Sensibilidad de los ciudadanos-pacientes a las desigualdades comparativas.
- Implantación de garantías en el seno de la Unión Europea sobre prestaciones y acceso a los servicios.
- Planes integrales de salud.

El subsector de la concertación privada desde el sistema público

Aunque hay varios tipos de proveedores privados concertados con el sistema público (laboratorios, gabinetes radiológicos, etc.), realmente, el gran peso de la provisión privada concertada corresponde a la hospitalización.

Son privadas el 30% de las camas en España. Aparte del sector público, los potenciales clientes de estos hospitales proceden de las aseguradoras sanitarias, de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, de empresas colaboradoras y pacientes privados, que pagan de su bolsillo. Lógicamente, la combinación de cada uno de esos orígenes varía mucho en cada hospital privado. Algunos se dedican más a trabajar lo que reciben vía concierto con el sistema público, mientras que otras se dedican más a las aseguradoras o al sector privado puro.

Hasta hace poco, las clínicas privadas tenían una propiedad familiar o de un grupo reducido de médicos. Aunque todavía hay muchas de ese tipo, estamos asistiendo en nuestro país a la consolidación de redes hospitalarias privadas. Las redes hospitalarias privadas o están vinculadas con aseguradoras (ADESLAS y ASISA tienen redes hospitalarias) o pertenecen a grupos independientes de las aseguradoras (CAPIO antes, Ibérica de Diagnóstico y Cirugía IDC, USP, Grupo Quirón, Grupo NISA, Hospitén, etc.)

Perspectivas del sector provisor privado

Tras unos años en los que se cerraron muchas clínicas privadas (décadas de 1970 y 1980), el sector hospitalario privado parece estar conociendo un auge. Hay un fenómeno nuevo: el gran interés de las empresas de capital riesgo en invertir en el sector, así como la constitución de potentes grupos de hospitales privados, no vinculados a aseguradoras.

El subsector que, con financiación pública, participa en el servicio público, aunque con formas de organización privada

Hay tres grandes grupos de actividad que actúan bajo esta forma:

- Mutualismo Administrativo.
- Las Empresas colaboradoras.

- Mutuas de accidentes de trabajo.

Mutualismo Administrativo

Los funcionarios en España constituyen el único colectivo que puede optar, en un marco de financiación pública, entre recibir asistencia por el Sistema Nacional de Salud o por entidades privadas.

Esta asistencia se presta a través de MUFACE (para los funcionarios civiles del Estado³², MUGEJU (para los funcionarios de la Administración de Justicia)³³ e ISFAS (para los miembros de las Fuerzas Armadas)³⁴. Hay que tener en cuenta que sólo pertenecen al Mutualismo Administrativo los funcionarios de la administración central del Estado, no los de las comunidades autónomas o entidades locales, salvo que hubieran sido transferidos del Estado, en cuyo caso pueden mantener esa opción a título individual.

El Mutualismo Administrativo no ha organizado servicios sanitarios propios, basándose en el sistema de conciertos con los servicios regionales de salud o con aseguradoras privadas (ASISA y ADESLAS son las aseguradoras que más miembros del Mutualismo Administrativo tienen entre sus afiliados).

La proporción de funcionarios que opta por una entidad de seguros privados es muy elevada. El porcentaje de cobertura vía entidades privadas se sitúa por encima del 85%.

Perspectivas del Mutualismo Administrativo

A lo largo de los años, el Mutualismo Administrativo ha demostrado que es capaz de ofrecer, al mismo tiempo, un alto grado de satisfacción a sus usuarios y un coste más bajo que el sector público.

Lo más probable es que este sistema va a seguir desempeñando un papel en el futuro del sector. Tal vez para ello necesite un esfuerzo de legitimación. Esto sólo puede pasar por ventajas desde el punto de vista de calidad y coste, y, al mismo tiempo, porque esta opción no quede circunscrita a los funcionarios, sino que se abra a otros colectivos.

Empresas colaboradoras

Determinadas empresas pueden ser autorizadas para cubrir las contingencias de sus trabajadores respecto a enfermedad común y accidente laboral. Esta forma de autoaseguramiento no se considera como seguro privado de asistencia sanitaria, sino como colaboración en la gestión de la Seguridad Social (artículo 208 de la Ley General de la Seguridad Social).

Las empresas que se acogían a esta posibilidad financiaban el sistema a partir de un descuento de la cuota de la Seguridad Social. Naturalmente, esto cambió cuando el sistema sanitario empezó a financiarse por impuestos generales.

El sistema inicialmente cubría a unas 500 000 personas. Algunas grandes empresas que estaban en este régimen (ONCE y Telefónica) optaron por salirse.

Perspectivas de las empresas colaboradoras

Aunque los planteamientos del sector de los servicios médicos de las empresas colaboradoras han mantenido el sistema en la Comunidad de Madrid (que era donde más presencia tenía), todo parece indicar que ésta es una fórmula residual de prestación de la asistencia sanitaria.

Mutuas de accidentes de trabajo

Las empresas tienen la obligación de asegurar a sus trabajadores frente a las contingencias de enfermedad profesional y accidente laboral, ambas circunstancias no cubiertas por el régimen general de la Seguridad Social.

Esto pueden hacerlo o bien a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social (en cuyo caso actuarán, como prestadores de servicios, los servicios regionales de salud) o, lo que es más común, afiliándose a algunas de las mutuas de accidentes de trabajo, que son asociaciones de empresarios, constituidas con el objeto de colaborar con la cobertura de estas contingencias, bajo la dirección, tutela y vigilancia del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Son entidades que se forman para que las empresas asuman mancomunadamente el coste de la protección ante los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. No persiguen fines de lucro.

Actualmente, y tras un proceso de concentración, existen 27 mutuas³⁵, aunque sólo algunas concentran la mayor parte de la actividad (FREMAP, Asepeyo, La Fraternidad e Ibermutuamur).

Perspectivas de las mutuas de accidentes de trabajo

El papel de las mutuas de accidentes de trabajo ha sido reforzado de manera importante en los últimos tiempos, por dos circunstancias: la posibilidad de que asuman la prestación económica de los casos de incapacidad temporal y su papel en el control de los casos de bajas por dicha incapacidad.

El sector de las mutuas es un sector empresarialmente consolidado y sólido, y cuyo papel en el futuro del sistema sanitario parece asegurado.

El subsector de las aseguradoras sanitarias bajo el régimen de doble cobertura

De los más de 6 millones de personas que están cubiertas a través de un seguro de asistencia sanitaria, algo más de 2 millones son funcionarios por el sistema de opción a través del Mutualismo Administrativo, y más de 4 millones han contratado directamente su póliza. Estos últimos tienen, por lo tanto, doble cobertura.

Las razones que llevan a algunas personas a contratar una póliza de asistencia sanitaria, a pesar de tener ésta cubierta por el sistema público, son las siguientes:

- Obtener una atención más personalizada.
- Acceso directo al especialista.
- Más derecho de opción de médicos y hospitales.
- Evitar las listas de espera para determinadas intervenciones.
- Pago de la prima, total o parcialmente, como un beneficio en especie por parte de la empresa en la que trabaja el asegurado.

De las numerosas compañías que operan en el sector, tres de ellas, ASISA, SANITAS y ADESLAS, acaparan más del 55% del mercado. Esto quiere decir que el mercado del seguro sanitario en España está dominado por las compañías aseguradoras especialistas en salud, ya que las tres citadas sólo tienen actividad

en salud. Las compañías aseguradoras generalistas han tenido grandes dificultades para entrar en este sector.

Por la tipología del seguro, hay dos grandes grupos:

- **Seguro de reembolso de gastos**, minoritario, que sigue la lógica del negocio asegurador y limita el compromiso de la empresa a reembolsar con posterioridad los gastos que el asegurado haya pagado por la asistencia recibida y que él mismo ha de buscarse en caso de enfermedad. En España, esta modalidad absorbe menos del 5% del negocio asegurador sanitario.
- **Seguro de prestación de servicios médicos**. Integra la función aseguradora con la provisión de servicios, de tal modo que la compañía se obliga con sus asegurados a la prestación de determinados cuidados (según la cobertura de la póliza) y con ello se convierte en organizador y responsable de esa atención sanitaria, sea con medios propios o concertados.

Perspectivas de las aseguradoras sanitarias privadas

En España, tenemos un seguro sanitario privado de bajo precio, muy influido por el hecho del seguro obligatorio. El precio aproximado para un matrimonio de edad media (40-50 años), con dos hijos pequeños, está entre 170 y 200 euros/mes. Esto incluye prestaciones similares a las del sistema público, excepto los medicamentos. El precio es significativamente menor de lo que cuesta un seguro de estas características en cualquier país europeo, como Alemania. Hasta ahora, se contaba con que, en determinadas situaciones, los asegurados acudirían para problemas graves al seguro público. Esto está cambiando en la actualidad, lo que obligará a cambiar también los precios y los servicios dados por las aseguradoras privadas.

Hasta la fecha las aseguradoras jugaban con extensos cuadros médicos y de clínicas, que eran prácticamente los mismos para todas las aseguradoras, lo que hacía a los productos de las mismas difícil de distinguir para los clientes.

Una parte del futuro de las aseguradoras sanitarias depende de decisiones políticas en cuanto al enfoque de la situación actual del doble aseguramiento. Son muy difíciles las perspectivas de un crecimiento significativo en número de afiliados bajo el régimen de doble cobertura*. Por ello, las aseguradoras están explorando otras opciones: introducirse en el terreno de los provisos (en particular para prestaciones no cubiertas por el sistema público: clínicas dentales, etc.), prestar servicios a la tercera edad o posicionarse ante las perspectivas de una regulación del seguro de dependencia.

Subsector privado puro

Bajo esta denominación englobamos la actividad asistencial en la que el proveedor (hospital, médico...) se relaciona directamente con el paciente, sin intermediación de ninguna entidad aseguradora, sea pública o privada.

Se trata de una actividad cuyo volumen total en términos económicos es difícil de evaluar, si bien tiene carácter minoritario, ya que el fenómeno asegurador está absolutamente enraizado en sanidad.

* Desde una perspectiva internacional, el carácter sustitutivo o adicional del seguro sanitario privado es el elemento estratégicamente más relevante para su desarrollo, tal y como se pone de manifiesto en el reciente informe de PricewaterhouseCoopers: *Healthy choices: the changing role of the health insurer*, 2006.

Comprende tanto la actividad médica en consultorios individuales, como la hospitalización de pacientes privados.

Prácticamente todas las clínicas privadas tienen un porcentaje de este tipo de pacientes. Incluso hay unos pocos hospitales privados (La Luz y Rúber, en Madrid, por poner algunos ejemplos) cuya actividad fundamental es con pacientes privados «puros». Son fenómenos muy aislados y propios de grandes ciudades.

Perspectivas del subsector privado «puro»

A pesar de su carácter minoritario y de la extensión del fenómeno asegurador en sanidad, siempre habrá espacio para una actividad de estas características, y determinados «nichos» de población o de tipología de actividad médica en la que este tipo de ejercicio puede florecer, aunque siempre en términos minoritarios. Nos referimos a la actividad en consultorios privados para determinadas especialidades médicas (Oftalmología, Pediatría, Psiquiatría...), a la hospitalización para capas de población muy determinadas, o a prestaciones especialmente mal cubiertas desde el sector asegurador, sea público o privado (la actividad oncológica integral puede ser un ejemplo).

Análisis DAFO del sistema sanitario español

Los análisis DAFO, el análisis de las fortalezas y de las debilidades internas, junto con las oportunidades y amenazas del entorno, se utilizan mucho en los análisis estratégicos. Aunque dichos análisis suelen hacerse para instituciones y no tanto para sistemas, vamos a intentar aplicar esta metodología al sistema sanitario español, partiendo y modificando en parte el ejercicio ya hecho por Julián García Vargas y Juan del Llano³⁶.

El ejercicio lo hacemos para el conjunto del sistema sanitario, no sólo para el Sistema Nacional de Salud.

El enfoque metodológico es contemplar al sistema sanitario de acuerdo con la matriz DAFO, representada en la Figura 1.9.

Fortalezas

- Personal bien formado.
- Gestores con experiencia creciente y aceptación progresiva, por parte del personal, de enfoques empresariales.
- Red asistencial con buena dotación tecnológica.
- Gasto sanitario total que permite un crecimiento en la medida en que la economía siga creciendo.
- Lista de prestaciones amplia.
- Equidad básica de acceso.

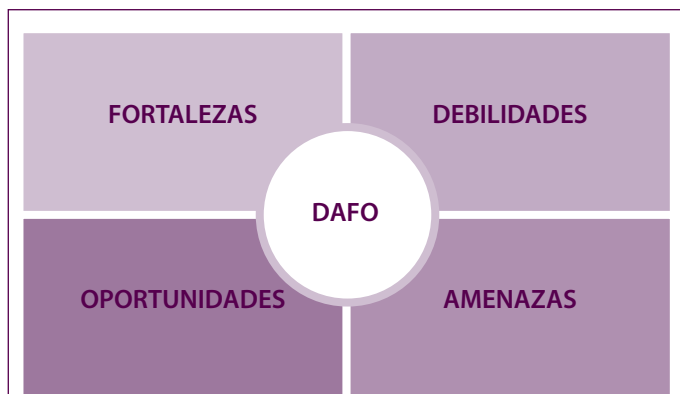


Figura 1.9. Matriz DAFO.

- Diferencias de calidad todavía dentro de límites asumibles.
- Oferta privada dispuesta a cooperar con los servicios públicos.
- Participación cada vez mayor en los debates del sistema sanitario de otros agentes del sector, hasta entonces fuera del mismo (empresas de equipamiento sanitario, empresas farmacéuticas, etc.).
- Creciente interés por el sector sanitario de inversores privados y empresas de capital riesgo.
- Proceso de consolidación y de fortalecimiento empresarial tanto del sector asegurador privado como del proveedor, con aparición de redes hospitalarias privadas de alcance nacional.

Debilidades

- Marco organizativo y de gestión obsoleto.
- Catálogo de prestaciones no priorizadas ni valoradas en términos de efectividad y eficiencia.
- Servicios poco orientados a objetivos de salud.
- Gran y creciente peso del gasto farmacéutico en el gasto sanitario total.
- Política de relaciones laborales muy rígida.
- Sindicatos poco dispuestos a impulsar o aceptar los cambios de renovación del sistema.
- Escasa orientación al paciente.
- Escasa participación de los ciudadanos en la toma de decisiones con práctica inhibición de los ayuntamientos en este papel.
- Escasa conciencia entre la población del creciente gasto sanitario y de la necesidad de introducir medidas de contención de su crecimiento.
- Integración insuficiente de niveles asistenciales.
- Largas listas de espera, tanto para hospitalización como para consultas o pruebas especiales.
- Poco desarrollo de los servicios sociosanitarios y sociales.
- Indefinición de las relaciones público-privado y deficiente integración del sector privado en el sistema.
- Mal sistema de aprovisionamiento y de relaciones con los proveedores: múltiples sitios de contratación, grandes retrasos en el pago y encarecimiento del suministro.

Oportunidades

- Transferencias sanitarias a todas las comunidades autónomas, con lo que representa de posibilidad de surgimiento de distintos polos de innovación, riqueza de modelos y emulación.
- Desarrollo a ámbito nacional de la sociedad de la información, que influirá en el sistema sanitario, impulsando la implantación de tecnologías de la información (e-salud).
- Profesionales mejor formados.
- Usuarios y pacientes más informados.
- Impulso de la Unión Europea, por la necesidad de que el sistema sanitario se relacione con otros sistemas sanitarios europeos.
- Colaboración en la modernización del sistema del conjunto de empresas sanitarias del cluster de salud.

Amenazas

- Ausencia de impulso político para abordar determinadas acciones de modernización del sistema.
- Envejecimiento de la población y aumento de los problemas sociosanitarios.
- Aumento de las enfermedades derivadas de los hábitos de vida.
- Sobredemanda de servicios y exigencias de mayor calidad y confort.
- Encarecimiento de la tecnología y de los medicamentos innovadores.
- Demanda de nuevas prestaciones.
- Dificultad para encontrar fuentes de financiación complementarias.

Como suele decirse en estrategia, el éxito del sistema sanitario como organización vendrá dado por la explotación de las fortalezas, la neutralización de las debilidades, el aprovechamiento de las oportunidades y la superación de las amenazas. Todo un reto para los políticos sanitarios, para los gestores, para las empresas que actúan en el sector y para la población en general.

Tendencias estratégicas del sector sanitario en España

En la Tabla 1.20 tratamos de representar las tendencias estratégicas del sector sanitario en nuestro país. Distinguimos entre cinco tipos de tendencias: marco político general, aspectos generales de organización, medidas de contención del gasto, reformas en el sector público y cambios en el sector privado.

Marco político general

• Crecimiento del gasto sanitario

Todas las previsiones no sólo nacionales sino internacionales hacen ver que el gasto sanitario continuará creciendo, hasta alcanzar un porcentaje significativamente mayor del PIB que en el momento actual. En algunas publicaciones so-

bre previsiones se manejan cifras superiores al 30% del PIB dedicado a sanidad en las próximas décadas³⁷. Parece algo extraordinario, pero, visto en perspectiva, ¿quién les iba a decir a los norteamericanos, que en el año 1960 dedicaban el 5.1% del PIB a sanidad, que en el momento actual iban a superar el 15%?

• Consolidación de una cierta diferencia en las comunidades autónomas como consecuencia de las transferencias

La *Ley de Cohesión y Calidad* pretendía precisamente mantener unos ciertos criterios comunes de actuación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (básicamente, catálogo de prestaciones, determinados niveles de calidad homogéneos y garantía de movilidad de profesionales), pero, quitando en el mejor de los casos estos elementos, la dinámica de las transferencias nos lleva a que vayan consolidándose ciertas diferencias en la forma de gestión y abordaje de los problemas, lo cual no es necesariamente malo, ya que puede significar el nacimiento de distintos polos de innovación y la riqueza de modelos.

• Escenario de privatización

El aumento del gasto sanitario va a dar protagonismo al sector privado en el ámbito del aseguramiento, siguiendo la estela de otros países europeos (Alemania, Holanda..). Por otra parte, la necesidad de mejorar la eficiencia en provisión llevará al aumento de colaboración con el sector sanitario privado desde el sector público.

Aspectos generales de organización

• Incorporación de herramientas de gestión con la filosofía de gestión integral de servicios sanitarios

El predominio de las enfermedades crónicas hace que haya una tendencia general a la superación de la gestión de instituciones aisladas, para avanzar hacia una gestión de base poblacional. Los cambios que se están produciendo en algunas comunidades autónomas, como Aragón, Extremadura, Andalucía, Comunidad Valenciana o Galicia, van en esa línea.

Tabla 1.20. Tendencias de futuro en el sector sanitario español

Ámbito	Tendencia
Marco político general	<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento del gasto sanitario • Consolidación de una cierta diferencia en las comunidades autónomas como consecuencia de las transferencias • Escenario de privatización
Aspectos generales de organización	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de herramientas de gestión con la filosofía de gestión integral de servicios sanitarios • Énfasis en los sistemas de información
Medidas de contención del gasto	<ul style="list-style-type: none"> • Escenario de copago • Escenario de contención del gasto farmacéutico
Reformas en el sector público	<ul style="list-style-type: none"> • Reformas en el sector público en la línea de empresarialización • Mayor colaboración con el sector privado
Cambios en el sector privado	<ul style="list-style-type: none"> • Continuación del proceso de concentración del sector asegurador privado • Concentración en el sector provisor privado • Nuevas formas de prestación de servicios

- **Énfasis en los sistemas de información**

Los sistemas de información, entendidos no tanto como ayuda a las actividades de soporte de las empresas sanitarias (gestión económica, gestión de recursos humanos, logística...) sino como elementos fundamentales para la realización de la actividad *core* del sector sanitario, (la interacción profesional/paciente), tendrán un importante desarrollo. Nos referimos a aplicaciones del tipo historia clínica electrónica, prescripción electrónica o estación de trabajo médico o de enfermería.

Medidas de contención del gasto

- **Escenario de copago**

Aunque el tema del copago en el momento actual es un tema políticamente tabú en España, no es menos cierto que nuestro país es uno de los países europeos con menor copago, ya que, como hemos visto, existe solamente para medicamentos no hospitalarios y con numerosas excepciones. Si duda, la necesidad de modular el consumo sanitario hará que el tema del copago forme parte de las propuestas de futuro.

- **Escenario de contención del gasto farmacéutico**

El gasto farmacéutico está creciendo en los últimos años de forma más acelerada que el gasto sanitario total. Partimos de la base de que los componentes del gasto no tienen por qué crecer todos al mismo ritmo, sino en la medida en que aportan valor al sistema. Si los medicamentos aportan más valor al sistema que otros componentes del gasto, es razonable que su ritmo de crecimiento sea más alto. Sin embargo, el crecimiento del gasto farmacéutico ciertamente acelerado y el hecho de que el gasto en medicamentos represente un porcentaje sobre el gasto sanitario total de los más elevados de los países de la OCDE harán, sin duda, que se introduzcan medidas de contención del mismo, actuando tanto sobre la demanda como sobre la oferta.

Reformas en el sector público

- **Reformas en el sector público en la línea de empresarialización**

La mayor parte del sector sanitario público es un conjunto no de empresas públicas, sino una parte de la Administración Pública. Se da así la circunstancia de que instrumentos administrativos, pensados para otros fines, tienen que gestionar centros sanitarios sometidos a todo el dinamismo de cambios organizativos, tecnológicos, de modalidades asistenciales, etc., algo verdaderamente imposible. Por eso, desde algunos ámbitos responsables del sector sanitario público, se está favoreciendo una «huida del derecho administrativo» para pasar al régimen de gestión privada,

aún con titularidad pública, bien bajo la forma de empresas públicas, fundaciones o consorcios.

- **Mayor colaboración con el sector privado**

Tradicionalmente, en el sector sanitario, la colaboración entre el sector público y el privado eran los conciertos para actividad quirúrgica. Esto se mantiene. Sin embargo, en los últimos tiempos, están surgiendo nuevas formas de colaboración público/privada: financiación privada de infraestructuras públicas (hospitales de las comunidades de Madrid, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Baleares y Asturias), asignación de un área a una aseguradora sanitaria (en la Comunidad Valenciana), etc. Todo hace pensar que ésta será una tendencia que se reforzará en el futuro.

Cambios en el sector privado

- **Continuación del proceso de concentración del sector asegurador privado**

Ya hemos visto que ha habido un proceso de concentración muy notable en el sector asegurador sanitario privado. Nada hace pensar que este proceso vaya a detenerse. Al contrario, la tendencia del sector asegurador en general es a la concentración. En España, hay 312 aseguradoras inscritas de todos los ramos en el 2006, frente a las 320 registradas en el 2004. Tanto la tendencia al crecimiento de las grandes compañías, como las nuevas reglas económicas y normativas sobre solvencia, avalan esta tendencia.

- **Concentración en el sector provisor privado**

El sector provisor privado, aparte de las consultas individuales de los médicos y de las redes hospitalarias vinculadas a órdenes religiosas o a entidades sin ánimo de lucro (como la Cruz Roja), o pertenecientes a aseguradoras sanitarias (caso fundamentalmente de ADESLAS o ASISA), estaba constituido por un conjunto de hospitales aislados, en general, fundados por un médico o grupo de médicos y propiedad en gran parte familiar o de pequeños grupos. Esta situación se está modificando rápidamente, para dar lugar al nacimiento de redes hospitalarias no vinculadas a aseguradoras, como es el caso de Ibérica de Diagnóstico y Cirugía (adquirida por la empresa CAPIO), USP o el Grupo Quirón. Todo parece indicar que las necesidades de financiación, de renovación de la gestión y de refuerzo de las capacidades de interlocución con los aseguradores harán que se refuerce esta tendencia.

- **Nuevas formas de prestación de servicios**

Hay una tendencia que tuvo su origen en Estados Unidos, pero que ahora también se percibe en Europa, que consiste en el nacimiento de organizaciones focalizadas³⁸, centros u hospitales especializados en una patología o grupo de pacientes, algo que está teniendo auge especialmente en el sector privado: centros oftalmológicos, dentales...

Lecturas recomendadas

The Institute for the Future, *Health and Healthcare 2010. The Forecast, the Challenge*. 2º ed. , Jossey-Bass, 2003.

(Un análisis de prospectiva del sistema sanitario. Desde la perspectiva norteamericana, pero muy interesante).

OECD. *Health at a glance. OECD Indicators 2005*. OECD, 2005.

(Este documento y, en general, las bases de datos de la OCDE son las fuentes más fiables para comparaciones internacionales de los sistemas sanitarios).

HealthCast 2020. *Creando un futuro sostenible*. PricewaterhouseCoopers, 2005.

(Se trata de un análisis del futuro del sector a escala global, desde la perspectiva de la sostenibilidad. Incorpora experiencias de países de los cinco continentes).

Healthy choices: the changing role of the health insurer. PricewaterhouseCoopers, 2006.

(Un análisis comparativo en varios países de los seguros sanitarios privados).

Porter ME, Olmsted Teisberg E. *Redefining Health Care*. Harvard Business School Press, 2006.

(La visión del sistema sanitario por parte de uno de los grandes teóricos de la estrategia de las organizaciones).

Rico A, Sabés R. *Sistemas sanitarios en transición: España*. Observatorio Europeo de Servicios Sanitarios, 2001.

(Un documento muy completo sobre el sistema sanitario español).

The OECD Health Project. *Towards high-performing health systems*. OECD, 2004.

(Analiza los esfuerzos de medición de la *performance* en varios países, así como algunos procesos de reforma sanitaria).

Un sistema sanitario sostenible. Madrid, Círculo de Empresarios; 2006.

(Interesante análisis de los problemas de sostenibilidad del sistema sanitario español).

BIBLIOGRAFÍA

- Rovira J. *Alternativas de provisión pública y privada en un sistema de financiación pública*. Madrid; 1987; 167- 183. Libro de Ponencias del Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- HealthCast 2020: *Creando un futuro sostenible*. PricewaterhouseCoopers; 2005.
- Surgeon general report on health promotion and diseases prevention. EE.UU, 1979.
- Crombie IK. Closing the health gap: an internacional perspective. World Health Organization, 2005.
- Informe sobre el desarrollo mundial. *Invertir en salud*. Banco Mundial, 1993.
- The World Health Report 2000. *Health systems: improving performance*. World Health Organization; 2000.
<<http://www.who.int/health-systems-performance/whr2000.htm>>[consulta: 11 de octubre de 2006].
- Murria JL, Evans DB. *Health Systems Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism)* Geneva, World Health Organization, 2003.
- Nacional Report on Health Sector Performance Indicators 2003.
A report to the Australian Health Minister's Conference Noviembre de 2004
- Towards High-Performing Health Systems. OECD, 2004.
- Fuchs VR. *The future of health policy*. Harvard University Press, 1993; 32-33.
- Tackling hospital waiting: the 18 week patient pathway. An implementation framework. National Health Service; 2006.
- Newhouse P. *Free for all?*. Cambridge; (Massachussets), Harvard University Press, 1993.
- Del Llano J, Polanco C, García S. *¿Todo para todos y gratis? El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud español*. Fundación AstraZeneca; 2004.
- Smith C *et al*. National health spending in 2004: recent slowdown led. *Prescription Drug Spending*. *Health Affairs* 2006; 25 (1): 186-196.
- Woods D. *The future of the managed care industry*. The Economist Intelligence Unit, 1997.
- Fries J *et al*. Beyond Health promotion: reducing need and demand for medical care. *Health Affairs* 1998; 17(2):70-84.
- Fries J *et al*. *Op, cit*.
- Goldsmith J. How will the Internet change our health system?. *Health Affairs* 2000; 19(1):148-156.
- Goldsmith J. *Medicina Digital*. PricewaterhouseCoopers-Ars XX; 2005.
- The Institute for the Future. *Health and health care 2010. The Forecast, the Challenge*, 2º ed., 2003.
- Fuchs VR, Sox H Jr, Physicians. Views of the relative importance of thirty medical innovations. *Health Affairs*; 2001.
- Reece RL. The top 10 healthcare innovations for 2006. *Health Leaders News*; agosto de 2006.
- To err is human. Institute of Medicine; 1999.
- McGlynn EA *et al*. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Eng J Med* 2003; 348:2635-2645.
- OECD. *Health at a glance. OECD indicators 2005*. OECD, 2005.
- Bohigas Ll. *El gasto sanitario en España en comparación con la Unión Europea*. Papeles de Economía Española 1998; 76.
- Informe sobre el fraude en España. Madrid, Instituto de Estudios Fiscales, 1994, 265-271.
- The supply of physician services in OECD countries.
OECD Health working papers. OECD; 2006.
- OECD Health Data; 2006.
- Ettelt S *et al*. *Health care outside hospital. Accesing generalist and specialist care in eight countries*. World Health Organization; 2006.
- del Llano Señarís J, García Vargas, J. El SNS después de las transferencias: ¿seguirá siendo un sistema?
En: *Informe 2003*. Fundación Encuentro: 225-295.
- MUFACE. <http://www.map.es/muface/prestaciones_sanitarias/index-ides-id-web.html> [consulta: 20 de octubre de 2006].
- MUGEJU. <http://www.justicia.es/servlet/Satellite?cid=1089117175762&pagename=Portal_del_ciudadano/OrgPaginaMJ/Tpl_OrgPaginaMJ&c=OrgPaginaMJ> [consulta: 20 de octubre de 2006].
- ISFAS. <<http://www.mde.es/isfas/>> [consulta: 20 de octubre de 2006].
- AMAT (Asociación de mutuas de accidentes de trabajo). <www.amat.es> [consulta: 11 de octubre de 2006].
- García Vargas J, Del Llano Señarís, J. En: *Informe España 2003*. Fundación Encuentro. p. 258-259.
- Chernew ME, Hirth RA, Cutler DM. Increased Spending on health care: how much can the United States afford?. *Health Affairs* 2003, 22: 15-24.
- Herzlinger R. *Market Driven health care*. Addison-Wesley, 1997.

Introducción a los métodos de evaluación económica en sanidad

La necesidad de distribuir recursos escasos mediante la elección entre varias alternativas de forma eficiente ha potenciado el desarrollo de los *métodos de evaluación económica*. Podemos definir los métodos de evaluación económica como un proceso racional de toma de decisiones mediante la relación entre los costes y los beneficios de un conjunto de alternativas que comparan, de una parte, el consumo de recursos y, de la otra, los resultados obtenidos por la aplicación o utilización de estos recursos.

Tomar decisiones está intrínsecamente relacionado con la asignación de recursos y, por tanto, con el hecho implícito de valorar distintas opciones y de elegir entre éstas. Para escoger de forma eficiente, es necesario que identifiquemos, cuantifiquemos y valoremos los costes y los resultados de las alternativas consideradas. En definitiva, es necesario comparar dos dimensiones de cada posible estrategia o alternativa, de una parte, lo «que te da» y, de la otra, «lo que te quita», o, en términos económicos, lo que te cuesta y los beneficios que genera, esto es, hacer un análisis comparativo de las posibles acciones en términos de sus costes y de sus consecuencias (Fig. 2.1).

El cómo se miden los resultados (lo que te da) y cómo se valoran lo que te cuesta obtener esos resultados (lo que te quita) son los factores que inicialmente diferencian los diversos métodos de evaluación económica: minimización de costes

(AMC), coste-beneficio (ACB), coste-efectividad (ACE) y coste-utilidad (ACU).

Los costes o *inputs* los valoramos siempre, sea cual sea el método elegido, en términos monetarios (euros, dólares, etc.). El elemento que distingue entre sí las técnicas de evaluación económica es su forma de valorar los beneficios de los programas u *outputs* (consecuencias sobre la salud de los individuos).

Estos resultados pueden clasificarse en cuatro grandes grupos, dependiendo de la unidad de medida utilizada: resultados iguales, resultados monetarios, unidades clínicas y medidas de utilidad (Tabla 2.1 y Fig. 2.2).

Análisis de minimización de costes

En el análisis de minimización de costes (AMC), se comparan estrategias alternativas cuando la efectividad de todas las opciones analizadas es la misma, es decir, cuando las consecuencias o los resultados sobre la salud son equivalentes. Por tanto, quien en última instancia «decidirá» la estrategia preferida será la parte de la balanza relativa a lo que cuesta producir una misma cantidad de beneficio. Esta garantía de igualdad en los resultados es la que limita en muchas ocasiones la aplicación de este método, pero, en su caso, si existe evidencia empírica de que los resultados de las estrategias son iguales, sólo resta elegir la opción con menores costes.

Clemente *et al.* (2003) llevan a cabo un estudio de minimización de costes para comparar entre la elaboración de nutrientes parenterales en adultos por el servicio de farmacia hospitalario

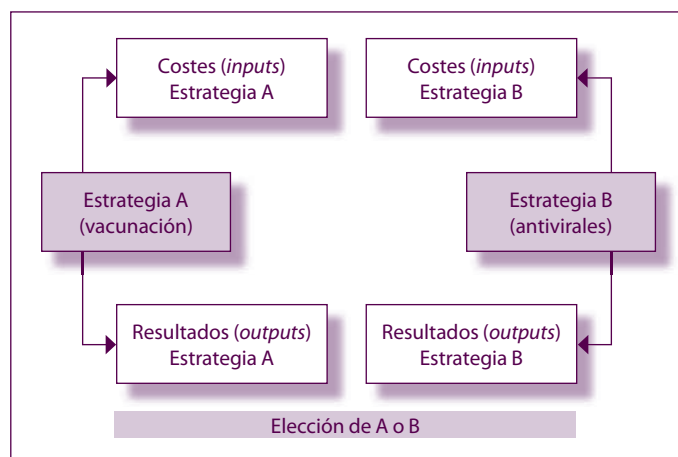


Figura 2.1. Proceso de decisión en la evaluación económica.

Tabla 2.1. Métodos de evaluación económica. Unidades de costes y de resultados

Tipo de análisis	Medida de costes	Medida de resultados
Análisis de minimización de costes (AMC)	Unidades monetarias	Efectos equivalentes
Análisis coste-beneficio (ACB)	Unidades monetarias	Unidades monetarias
Análisis coste-efectividad (ACE)	Unidades monetarias	Unidades clínicas habituales
Análisis coste-utilidad (ACU)	Unidades monetarias	Cantidad y calidad de vida

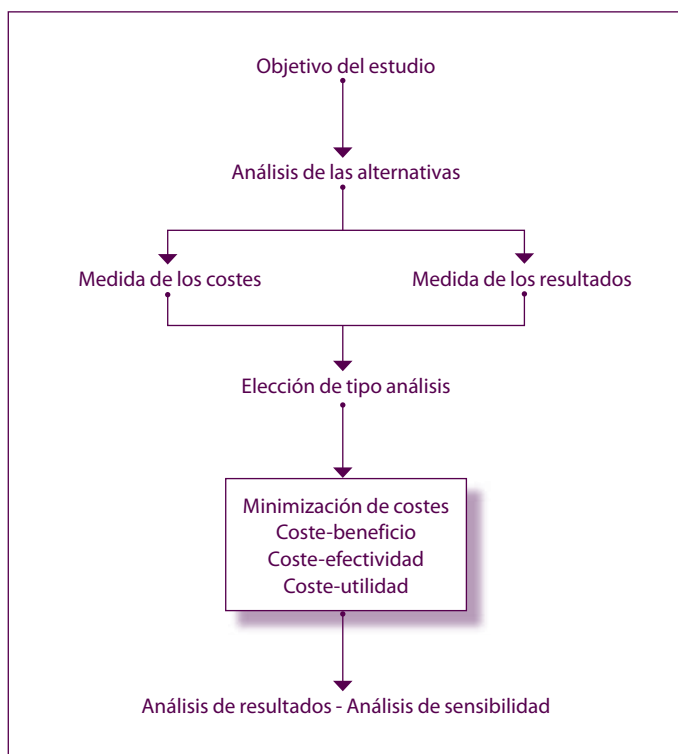


Figura 2.2. Métodos de evaluación económica.

frente a la alternativa de adquirirlos en una empresa externa al hospital. Incluyen tanto costes directos como indirectos, y llegan a la conclusión de que, desde el punto de vista del análisis de costes, queda justificada la elaboración de las unidades nutrientes parenterales en adultos dentro del servicio de farmacia hospitalario, al estimar un ahorro total del 23.22%.

Respondiendo a cuál es la estrategia de hospitalización más eficiente en relación con la intervención quirúrgica de la catarata, la hospitalización tradicional con seis días de estancia, la mínima con dos días de estancia o la cirugía sin ingreso, Anunxe *et al.* (1994) realizan un análisis de minimización de costes en un hospital del Servicio Valenciano de Salud. Asumiendo desde la literatura médica la igualdad de resultados entre las alternativas consideradas, concluyen que la cirugía sin ingreso con anestesia local, con un coste casi tres veces menor que la pauta actualmente utilizada en el hospital estudiado, es la alternativa más efectiva.

Análisis coste-beneficio. Valor actual neto

El análisis coste-beneficio (ACB) requiere que los resultados de los programas puedan medirse en unidades monetarias, de aquí que tanto los costes como los resultados se midan en la misma unidad (dinero).

Supuesta la necesidad de elegir entre tratamientos alternativos, tecnologías sustitutivas o un conjunto de programas, la elección se realizaría sobre aquella alternativa con un beneficio neto (diferencia entre los beneficios y los costes) mayor.

El análisis coste-beneficio ha tenido ciertas dificultades en su aplicación al ámbito sanitario, originadas principalmente por la reticencia a dar un valor monetario a los resultados en salud. ¿Cuánto vale un poco más de salud? ¿Cómo

valorar bienes intangibles como el dolor? Sin embargo, la utilización de métodos que posibilitan esta valoración económica de los resultados en salud y, sobre todo, incorporan la capacidad para tomar decisiones de asignación de recursos según preferencias individuales está revitalizando su uso.

Los métodos para asignar valor monetario a los resultados sanitarios son básicamente tres: el método del capital humano, el método de preferencias reveladas y el método de preferencias expresadas (en el que está incluido el método de valoración contingente, cuyo uso es cada vez más frecuente en el ámbito sanitario).

El método de valoración contingente, también llamado *disponibilidad a pagar (willingness to pay)*, se basa en la creación de un mercado ficticio en el que el usuario indicaría cuánto está dispuesto a pagar y, por tanto, a renunciar al consumo de otros bienes, por un determinado incremento de su salud o por recibir los beneficios de cierto programa.

Otro aspecto importante en todos los métodos de evaluación económica, pero que en el ACB cobra especial relevancia —por la necesidad de valorar en términos monetarios tanto los costes como los beneficios o resultados—, es obtener el valor actual de estos valores monetarios que, con frecuencia, se obtienen a lo largo de un período de tiempo. ¿Cuántos euros estoy dispuesto a dar hoy a cambio de que me den 1000 euros dentro de 10 años? 0 ¿cuántas veces podré ir al cine dentro de cinco años con el mismo dinero que voy este año ocho veces? En la respuesta a estas cuestiones, además de los efectos de la inflación subyacen aspectos relacionados con el riesgo y la incertidumbre. Todos preferimos un año más de vida ahora que dentro de 20 años, un beneficio actual más que uno futuro.

Suponga que la utilización de una determinada tecnología terapéutica para una patología cuya vida útil es de 5 años reduce por término medio en 12 los días de baja laboral anuales por paciente. El salario medio diario de un empleado de una categoría laboral media está fijado en 52 euros, por lo que los beneficios de esta tecnología podrían cuantificarse en $52 \times 12 = 624$ euros paciente/año. Si esta máquina se utiliza con 4 pacientes distintos diariamente, podríamos esperar unos beneficios totales anuales, durante 5 años, de 911 040 euros. La maquinaria se pagará desembolsando en el momento inicial 300 000 euros y, durante 7 años, 25 000 euros pagaderos a final del año.

Para valorar en un mismo momento de tiempo, por ejemplo, el momento de la compra de la máquina, todos los beneficios (gastos evitados en nuestro ejemplo) y los costes de incorporar esta tecnología, necesitamos una tasa de descuento a la que «traer» dinero futuro al momento presente. Esta tasa de descuento puede variar, pero está directamente relacionada con la inflación y el valor del dinero (tasa de interés). Antoñanzas, Rovira y Juárez (1999) estudiaron las características y los métodos para determinar la tasa de descuento en proyectos sanitarios. Propusieron utilizar para ese momento el 6%, aunque, como ellos mismos indican, es necesario revisar dicho valor anualmente.

La Figura 2.3. refleja la «colocación» de costes y beneficios (considerando que se reciben al terminar el año) al momento inicial de la inversión.

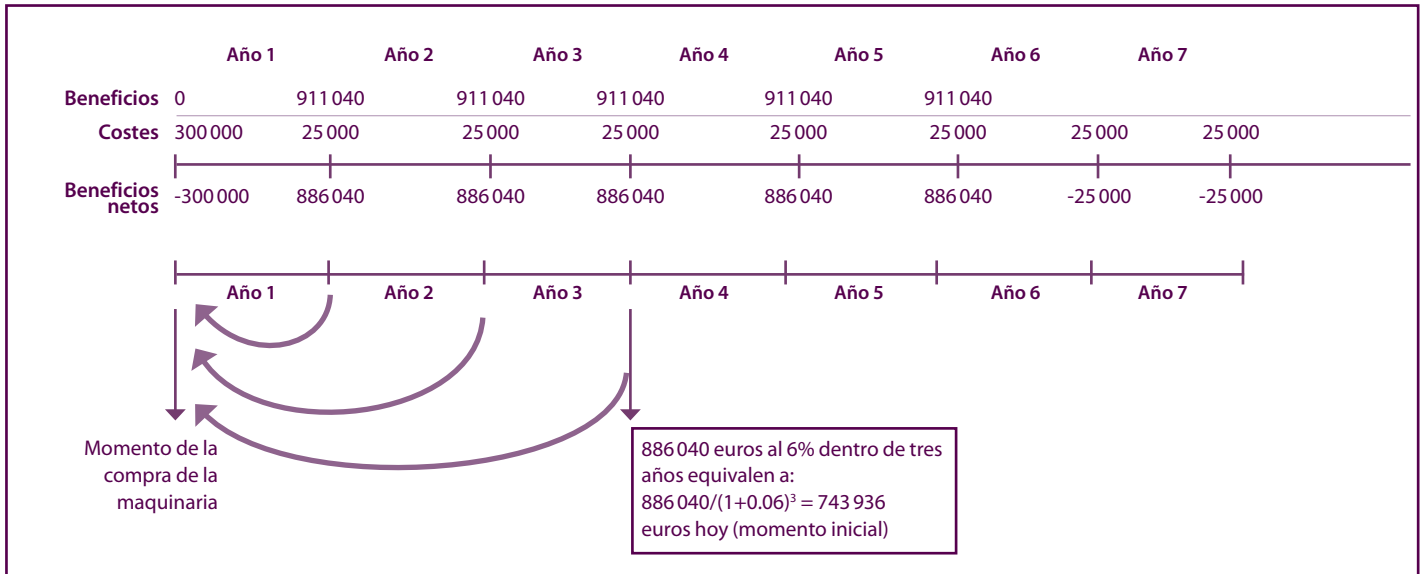


Figura 2.3. Flujo de costes y beneficios.

¿Cuál será, entonces, el valor actual neto (VAN) de este proyecto? Llevando todos los beneficios netos al momento inicial a la tasa de descuento r , por ejemplo 6%, tendríamos:

$$\begin{aligned}
 \text{VAN} &= \frac{(B_{\text{año}0} - C_{\text{año}0})}{(1+r)^0} + \frac{(B_{\text{año}1} - C_{\text{año}1})}{(1+r)^1} + \frac{(B_{\text{año}2} - C_{\text{año}2})}{(1+r)^2} + \\
 &\frac{(B_{\text{año}3} - C_{\text{año}3})}{(1+r)^3} + \frac{(B_{\text{año}4} - C_{\text{año}4})}{(1+r)^4} + \frac{(B_{\text{año}5} - C_{\text{año}5})}{(1+r)^5} + \\
 &\frac{(B_{\text{año}6} - C_{\text{año}6})}{(1+r)^6} + \frac{(B_{\text{año}7} - C_{\text{año}7})}{(1+r)^7} = \\
 &\frac{(0 - 300\,000)}{(1+0.06)^0} + \frac{(911\,040 - 25\,000)}{(1+0.06)^1} + \frac{(911\,040 - 25\,000)}{(1+0.06)^2} + \\
 &\frac{(911\,040 - 25\,000)}{(1+0.06)^3} + \frac{(911\,040 - 25\,000)}{(1+0.06)^4} + \frac{(911\,040 - 25\,000)}{(1+0.06)^5} + \\
 &\frac{(0 - 25\,000)}{(1+0.06)^6} + \frac{(0 - 25\,000)}{(1+0.06)^7} = \\
 &= 3\,398\,072.37 \text{ euros}
 \end{aligned}$$

Siendo B , beneficios; C , costes; y VAN, valor actual neto

Que una inversión, un proyecto, un programa o una alternativa tenga un VAN negativo nos estará indicando que, comparando valores monetarios referidos al mismo momento del tiempo, ese proyecto tiene mayores costes sociales que beneficios sociales y, por tanto, no debería llevarse a cabo. No obstante, si hemos de elegir entre dos o más alternativas mutuamente excluyentes, entonces el criterio de decisión será el programa que reporte un resultado neto relativo mayor.

Si disminuimos el tipo de descuento, el valor actualizado neto se incrementa; en la Tabla 2.2 puede verse cómo cambia el VAN del ejemplo anterior a tres tipos diferentes de descuento. La mayor parte del *software* de cálculo incluye opciones y funciones para obtener el VAN para un tipo de descuento,

unos beneficios netos anuales y una duración del proyecto determinada.

Tabla 2.2. Valor actual de un proyecto a diferentes tipos de descuento

$r = 6\%$	$r = 5\%$	$r = 3\%$
3 398 072.37 €	3 499 667.09 €	3 716 539.36 €

No son muchas las tecnologías evaluadas en nuestro país utilizando el análisis coste-beneficio. Díez *et al.* (1999) han estudiado los costes y beneficios de la universalización de la vacuna de la varicela a los 15 meses de edad, y concluyen que, aun variando el conjunto de costes considerados, la vacunación está justificada desde un punto de vista económico.

Gamboa *et al.* (2002) llevan a cabo un análisis coste-beneficio sobre un nuevo modelo asistencial para pacientes crónicos, consistente en realizar consultas con atención a demanda y telefónica con posibilidad de ingreso programado para pacientes multiingresadores, que son los que más coste hospitalario generan. Este programa demostró, frente al modelo asistencial clásico, no sólo una reducción importante de costes, sino también de las necesidades asistenciales de los pacientes.

El establecimiento de una estrategia de vacunación antes del alta hospitalaria de todo paciente que haya presentado una infección invasiva por *Streptococcus pneumoniae* puede ser efectivo, ya que reduce las reinfecciones y, además, posee una relación coste/beneficio positiva, al evitar los costes asistenciales que se generan. Lema *et al.* (2002) han puesto en evidencia la potencial reducción de costes (costes hospitalarios generados por las estancias en planta y en UCI y costes de vacunación) para un centro hospitalario, por la disminución de los reingresos evitables por el establecimiento de dicha estrategia de vacunación antineumocócica.

Tabla 2.3. Análisis Coste-efectividad. Unidades de medida de costes y resultados

Estrategias	Costes	Resultados
Coste-efectividad de la vacunación frente a la varicela en adolescentes en España ¹	Vacunación No vacunación Euros	Casos evitados
Coste-efectividad del cribado de carcinoma colorrectal ²	Sangre oculta en heces Sigmoidoscopia Colonoscopia Euros	Cánceres detectados
Coste-efectividad de la drotrecogina alfa (activada) en el tratamiento de la sepsis grave en España ³	Tratamiento estándar Tratamiento con drotrecogina Euros	Años de vida ganados

1. Peña, Pérez N, Cortés et al. (2004).

2. González F, Marchena J, Barber P et al. (2004).

3. Sacristán et al. (2004).

Análisis coste-efectividad

El análisis coste-efectividad (ACE) ha tenido una utilización profusa en el ámbito sanitario, pero sólo puede aplicarse para decidir entre tecnologías sustitutivas entre sí, ya que los resultados sobre la salud de todas las estrategias en estudio necesariamente han de medirse en una misma unidad clínica, por ejemplo, años de vida ganados, días de baja laboral evitados, número de cánceres detectados, kilogramos de peso reducidos, etc. (Tabla 2.3).

Análisis coste-utilidad. Años de vida ajustados por calidad (AVAC)

Los costes se obtienen como en el resto de los métodos, en unidades monetarias, y los resultados se valoran a través de una medida denominada AVAC o QALYS, acrónimos de años de vida ajustado por calidad y quality adjusted life years, respectivamente. Los AVAC reflejan la cantidad de vida ganada por alguna intervención, pero ajustada por la calidad de esa vida «extra». Aquí radica su diferencia y aportación, en que la medida de resultado no sólo valora la cantidad sino también la calidad de la vida ganada.

Suponga que una persona por una determinada enfermedad necesita una silla de ruedas para desplazarse. Si a alguien que se encuentra en perfecto estado de salud le asignáramos una calidad de

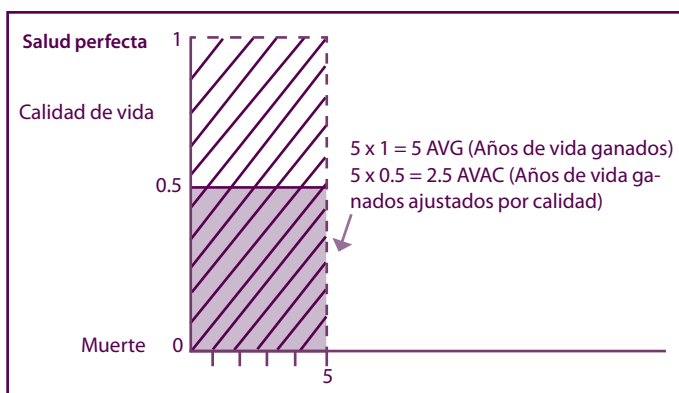


Figura 2.4. Años de vida ganados y ajustados por calidad.

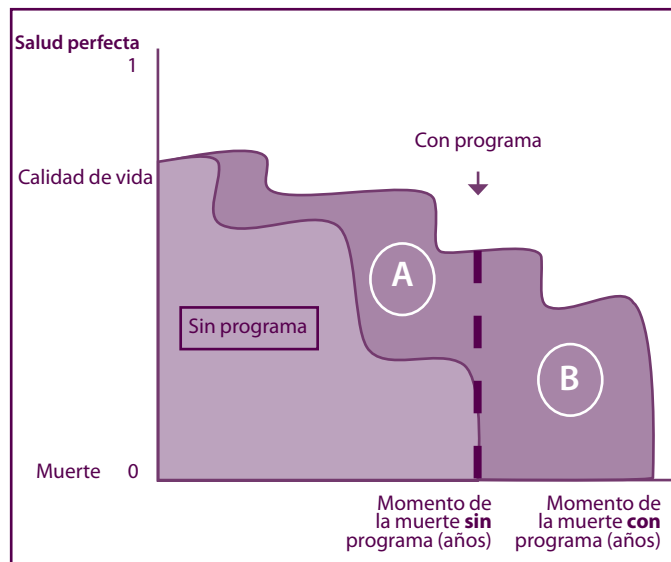


Figura 2.5. Cantidad y calidad de vida ganadas consecuencia de una intervención. (Tomado de Drummond et al., 1997, pág. 192).

vida de 1*, a esta persona, por su falta de movilidad, le podemos asignar una calidad de vida de 0.5. Suponga también que puede someterse a una intervención quirúrgica que alargará su vida en 5 años. Por tanto, consecuencia de la intervención, este individuo ganará 5 años de vida en cantidad (5 x 1 = 5), pero sólo 2.5 años

Análisis coste-efectividad	Análisis coste-utilidad
Costes frente a: <ul style="list-style-type: none"> mejora en mmHg cánceres detectados pacientes mejorados vidas salvadas años de vida ganados metros caminados días de incapacidad 	Costes frente a: <ul style="list-style-type: none"> AVAC-QALYS (años de vida ganados ajustados por calidad)

Figura 2.6. Medidas de resultados. Diferencias entre análisis coste-efectividad y análisis coste-utilidad.

* Existen diversos sistemas para medir estados de salud basándose en medidas de preferencias. Por ejemplo, el EuroQol, que valora la calidad de vida en una escala de cero a uno mediante el estudio seis atributos (movilidad, autocuidado, actividad habitual, dolor y malestar, ansiedad y depresión) en tres niveles (ningún problema, algunos problemas, problemas mayores). Para una detallada descripción, se remite al lector a Drummond, O'Brien, Stoddart y Torrance (1997). <http://www.euroqol.org/web/>

de vida ajustados por calidad ($5 \times 0.5 = 2.5$). La Figura 2.4 muestra este ejemplo, en el que el área rallada equivale a la cantidad de vida ganada y la de color a su equivalente ajustada por calidad.

En la Figura 2.5, Drummond *et al.* (1997) muestran la calidad y cantidad de vida ganadas como consecuencia de la implantación de un determinado programa. La zona A, hasta el momento de la muerte si no se realizara el programa, sería la calidad de vida ganada, mientras que la zona B podríamos considerarla como la cantidad de vida ganada gracias a la implantación del nuevo programa.

En la figura 2.6. se comparan ejemplos de medidas de resultados en un ACE y en un ACU.

Análisis de decisión

Cualquier evaluación económica implica identificar, cuantificar y valorar los costes y resultados de los programas alternativos. ¿Cómo podemos cuantificar y valorar beneficios, costes y utilidades? Existen diversas técnicas en estadística e investigación operativa que nos ayudan a estructurar y analizar decisiones dentro del proceso de evaluación económica. Una de éstas son los modelos de análisis de decisión.

Un árbol de decisión nos permite, mediante una estructura ramificada, representar y desplegar secuencialmente las decisiones y los eventos probabilísticos que pueden sucederse ante una decisión.

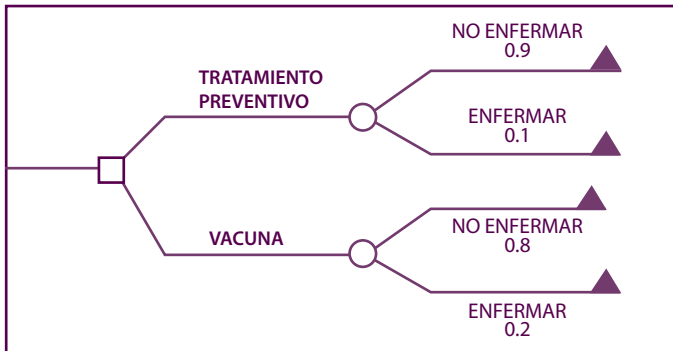


Figura 2.7. Representación genérica de un árbol de decisión.

Suponga que para luchar contra una determinada enfermedad es posible utilizar una vacuna o, alternativamente, utilizar un tratamiento preventivo. Si el individuo se vacuna, la probabilidad de no padecer la enfermedad es del 80%, mientras que, si la selección que hizo fue utilizar el tratamiento preventivo, la probabilidad de no enfermar es del 90%. El árbol

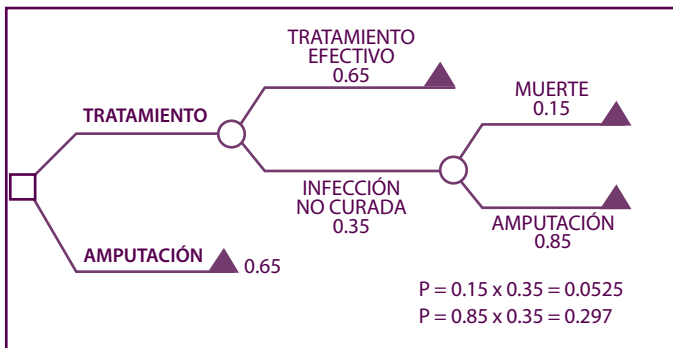


Figura 2.8. Árbol de decisión. Probabilidades.

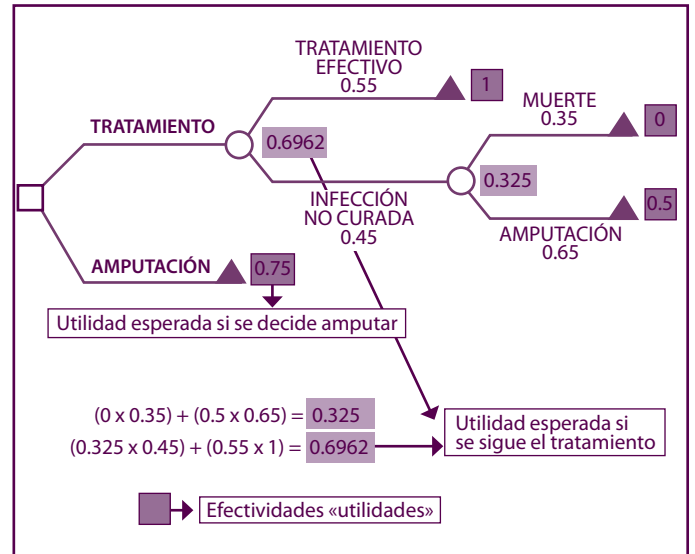


Figura 2.9. Medición de la efectividad

de decisión de la Figura 2.7 representa esta situación, en el que, según la nomenclatura de este tipo de herramientas, un cuadrado indica un punto del proceso en el que ha de tomarse una decisión, los círculos reflejan un nodo con alternativas o eventos probabilísticos (cuya suma siempre debe ser igual a la unidad) y un triángulo señala un punto final en el proceso.

Para poder «caminar» por el árbol, es necesario disponer de la información necesaria sobre las probabilidades-efectividades de cada programa, alternativa o medicamento. En general, las medidas de efectividad se obtienen de estudios epidemiológicos, de cohorte, ensayos controlados, casos-control o series de casos.

El camino por esta estructura de decisión nos permite obtener probabilidades que dependen de decisiones y eventos probabilísticos anteriores. En el árbol representado en la Figura 2.8, la probabilidad de morir tras haber decidido seguir tratamiento antibiótico y no haberse curado la infección es del 5.25%, mientras que la probabilidad de amputar por no curar la infección es del 29.7%.

¿Cómo estimar la efectividad y los costes si «caminamos» por una u otra rama del árbol? Necesitamos incorporar al árbol la medida de resultado, p. ej. número de muertes, número de cánceres o utilidades y los costes en los que se incurre si el camino elegido es ese en cuestión, de manera que a cada punto final de la rama se le asocia una medida de resultado y otra de coste.

En un ACU, a cada una de las ramas del árbol le asignamos una media de utilidad entre 0 y 1, de forma que 1 represente la máxima utilidad y 0 la mínima. En el ejemplo hemos representado en la Figura 2.9, hemos valorado la utilidad con un valor máximo a la cura total (1), valor 0 al estado de muerte e intermedios al resto (de 0.5 para la amputación tras infección y de 0.65 para la amputación directa).

Tabla 2.4. Efectividad asociada a cada alternativa

Alternativas	Efectividad	Incremento de la efectividad
Tratamiento	0.696	
Amputación	0.75	0.054

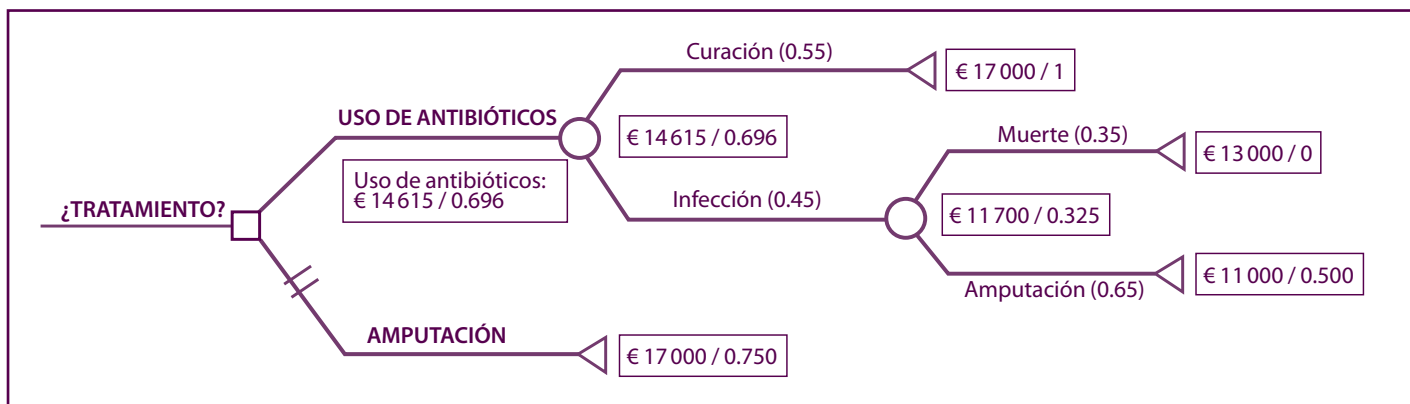


Figura 2.10. Obtención de los costes.

El producto entre las probabilidades y medidas de utilidad nos proporciona una medida de utilidad asociada a cada nudo de probabilidad, y proseguir secuencialmente hacia atrás. De esta forma, podemos valorar la utilidad esperada en 0.696 si se sigue tratamiento y en 0.75 si se decide amputar. Por tanto, la opción con mayor efectividad es la amputación directa, con un incremento de efectividad respecto al tratamiento de 0.054 (Tabla 2.4).

Pero no queremos tomar una decisión en base sólo a la efectividad, los recursos son escasos y queremos saber cuánto nos cuesta esa efectividad. Para obtener los costes el procedimiento es exactamente igual, sólo que en vez de medidas de utilidad-eficiencia necesitamos conocer los costes consumidos en el camino por cada rama del árbol. En nuestro ejemplo, implementado ahora con el *software* TreeAge Pro 2004 HealthCare, (Fig. 2.10) para cada punto final se han supuesto unos costes en euros. Por ejemplo, la alternativa de amputar sin tratamiento previo supone unos costes de 17 000 euros. Los costes totales en los que se incurre si se sigue tratamiento antibiótico y se cura ascienden a 17 000 euros, pero, si se produce infección y se muere, finalmente el coste es de 13 000, o, si una vez utilizados los antibióticos finalmente ha de amputarse, incurriremos en un coste de 11 000 euros.

Tal y como hicimos con las utilidades, podemos ir obteniendo los costes asociados a cada punto de división en el árbol. Si utilizando antibióticos se produce una infección, los costes que asumimos ascienden a 11 700 euros ($13\,000 \times 0.35 + 11\,000 \times 0.65$).

Los costes asociados a la alternativa de tratamiento con antibióticos los obtendríamos multiplicando los costes por las probabilidades asociadas ($11\,700 \times 0.45 + 17\,000 \times 0.55 = 14\,615$ euros) (Tabla 2.5).

Una vez que conocemos los costes y la efectividad asociados a cada estrategia, ¿qué estrategia elegir? ¿La de mayor efectividad esto es, amputación inicial?, ¿o la de menor coste, es decir, uso de antibióticos? Si una estrategia es más costosa y menos efectiva que la otra, se dice que es una *estrategia dominada*,

Tabla 2.5. Costes asociados a cada alternativa

Estrategia	Coste	Coste incremental
Uso de antibióticos	14 615 euros	
Amputación	17 000 euros	2385 euros

puesto que según ambos parámetros no debe ser la elegida en ningún caso. Sin embargo, para otras situaciones, como la nuestra, en las que elegiríamos distinta estrategia según el criterio coste o el criterio efectividad, debemos utilizar una medida que nos relacione ambas magnitudes. La razón coste/efectividad nos indica cuánto nos cuesta cada unidad de efectividad. Si asociamos las unidades de efectividad a años de vida ganados, la razón nos estaría diciendo cuánto nos cuesta cada año adicional de vida.

El uso de antibióticos tiene menor efectividad que la amputación directa, sin embargo, el coste por unidad de efectividad (años de vida ganados) es menor (menor razón coste/efectividad), nos cuesta menos cada unidad de resultado. Con el uso de antibióticos tendríamos que gastar 20 998.56 euros por cada año de vida, mientras que, con la amputación, ganar un año de vida cuesta 22 666.66 euros. Decimos, entonces, que el uso de antibióticos es la alternativa más rentable (mejor coste/efectividad) (Tabla 2.6).

Una aportación importante del ACU, gracias a la homogeneización de la medida de resultado (AVAC), es que permite comparar la razón coste/efectividad entre programas entre los que inicialmente no existe una relación de sustitución y facilitan un mayor horizonte de comparación en los resultados.

La Tabla 2.7 conocida como *ligue table* recoge la razón coste/efectividad de diferentes programas de intervención sanitaria. Con todas las reservas y salvedades necesarias, nos permite comparar cuánto cuesta un año de vida más de llevar a cabo cada intervención. En la actualidad, se considera que una intervención sanitaria es «rentable» si tiene un coste inferior a 30 000 euros por AVAC, aunque no existe un criterio único y, por ejemplo, el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), instituto de evaluación sanitario del Reino Unido, recomienda la financiación de aquellas intervenciones cuyo coste-efectividad sea inferior a 30 000 libras por AVAC.

Tabla 2.6. Razón coste-efectividad

Estrategia	Coste	Efectividad	Razón coste/efectividad
Uso de antibióticos	14 615 euros	0.696 (AVG)	20 998.56 euros/AVG
Amputación	17 000 euros	0.750 (AVG)	22 666.66 euros /AVG

AVG, años de vida ganados

Tabla 2.7. Comparación coste-efectividad de varias intervenciones sanitarias en España

Programa	Coste-efectividad (euros/AVG)	Autores
Consejo médico y chicles de nicotina frente a consejo médico (varones de 65 a 69 años)	4506 €	Plans <i>et al.</i> (1995)
Drotrecogina alfa (activada) frente a tratamiento estándar	9800 €	Sacristán J <i>et al.</i> (2004)
Sangre oculta en heces cada tres años, Hemocult II en mayores de 60 años	11 495 €	González, Marchena, Barber <i>et al.</i> (2004)
Tratamiento hormonal sustitutivo frente a no ausencia de tratamiento (mujeres 50 años)	19 564 €	Rovira J, Trinxet C (1992)
Lovastatina en hipercolesterolemia (> 300 mg/dL) varones de 65 a 69 años	59 255 €	Plans P, Rovira J (1995)
Celecoxib en tratamiento de artrosis frente a AINE clásico en pacientes 60 años	8017 €	Moreno A <i>et al.</i> (2003)
Clopidogrel añadido a la terapia estándar en un síndrome coronario agudo	8132 €	Badia X <i>et al.</i> (2005)

Medición de los costes

La estimación de los costes, uno de los dos elementos que se pesan en la balanza del análisis económico, es un aspecto del estudio en el que hay que realizar una tarea detenida con el fin de obtener con la mayor precisión posible una medida de lo que nos costará el programa, la intervención o el medicamento.

En la obtención de los costes, son tres las fases a seguir: la identificación, la medición y la valoración, que responderían,

Tabla 2.8. Costes a considerar en la evaluación económica de la diabetes mellitus

Categoría	Costes
Costes directos	Costes de ingresos hospitalarios
	Costes de visitas ambulatorias
	Costes de tratamiento farmacológico
	Costes de tiras reactivas
	Costes de instrumentos para la automonitorización
	Costes de campañas sanitarias
Costes indirectos	Costes por pérdidas de productividad
	Costes a corto plazo
	Costes por jubilación anticipada
	Costes por muerte precoz
	Costes de los familiares
	Costes de transporte
Costes intangibles	Costes derivados del dolor, el estrés o la ansiedad

Fuente: Badia, Andategui (2002).

respectivamente, a las tres cuestiones siguientes, ¿qué recursos vamos a consumir?, ¿cuántas unidades de cada uno de éstos? y ¿cuánto cuesta cada unidad de cada recurso que consumimos?

Los recursos que se consumen en una acción pueden clasificarse de diversas formas según varios criterios existentes. En la evaluación de recursos sanitarios, sin embargo, las más frecuentes son las que dividen los costes en directos, indirectos e intangibles, o la que los clasifican en costes sanitarios, costes no sanitarios y costes de transferencias.

Los costes directos incluyen aquellos directamente relacionados con el objetivo de la intervención y que, a su vez, pueden incluir recursos ahorrados (beneficios) respecto a otra alternativa del proyecto. Pruebas diagnósticas, terapéuticas, hospitalización, consultas médicas, salarios del personal médico, de enfermería o auxiliar, tratamiento farmacológico, suministros (agua, luz, etc.), amortizaciones, etc.

Los costes indirectos incluyen aquellos costes y beneficios (ahorro de costes) que no están estrechamente relacionados con el proyecto, pero que se ocasionan como consecuencia de su acción: transporte, tiempo de familiares y acompañantes, modificaciones domiciliarias, ayuda domiciliaria, pérdida de productividad por baja laboral o por morbilidad, o valor actual de la pérdida de productividad por una muerte anticipada.

Los costes intangibles incluyen aquellos que, estando o no directamente relacionados con el proyecto, no están valorados en el mercado. Serían los producidos por la falta de bienestar del individuo y su entorno debidos a la enfermedad y su tratamiento: sufrimiento, ansiedad, estrés, dolor. Su valoración económica con métodos como la valoración contingente, con el fin de reducir su *intangibilidad*, no está exenta de dificultades y controversias (Tabla 2.8).

Una vez identificados los costes, es necesario medir o cuantificar las unidades de consumo en unidades físicas (días de estancia, número de visitas, cantidad de pruebas, etc.) y asignar un precio a cada unidad de consumo, tarea tampoco exenta de dificultades, entre otras cosas por la falta de mercado real para muchos bienes en cuestión (Tabla 2.9).

Los recursos consumidos deben tenerse en cuenta dependiendo del contexto en el que se enmarque la investigación. En general, se considerarán aquellos relevantes, sin que tenga mucho sentido dedicar un gran esfuerzo a determinar costes cuya importancia relativa sea menor, o aquellos otros recursos cuya cantidad de hipótesis supuestas para su determinación lo terminen por considerar subjetivo.

Análisis de sensibilidad

La falta de conocimiento exacto sobre algunos de los elementos que actúan en un análisis de evaluación económica hace imprescindible un análisis de sensibilidad para conocer cómo reaccionan las estrategias o alternativas ante cambios en aquellos parámetros sobre los que existe mayor incertidumbre. Nor-

Tabla 2.9. Cálculo del coste del proceso de tratamiento de un paciente con cáncer colorrectal

Proceso previo al ingreso	Unidades	Coste total (euros)
Consulta de Cirugía	2	54.62
Colonoscopia	1	187.32
Estudio biopsia	1	75.57
TAC abdominal	1	182.05
Radiografía de tórax	1	9.76
Analítica general y bioquímica con marcadores	1	59.20
Consulta de anestesia	1	39.93
ECG	1	3.83
Proceso quirúrgico		
Estancia hospitalaria (cirugía general)		
• Resección anterior de recto	7	980.49
• Resección anterior de recto laparoscópica	5	703.50
Estancia en reanimación	1	474.00
Intervención quirúrgica		
• Resección anterior de recto	1	1757.64
• Resección anterior de recto laparoscópica	1	2419.70
Estudio histológico de la pieza	1	75.57
Proceso posquirúrgico		
Consulta de Oncología	1	41.81
Sesiones de quimioterapia (5FV + Leucovorin)	5 ciclos de 1 día	2174.3
Tratamiento de radioterapia		
• Consulta inicial	1	82.60
• Planificación-Simulación-Verificación	1	65.80
• Sesiones con el acelerador lineal	3	106.29
Control postoperatorio (cada 4 meses)		
• Consulta en Cirugía General	5	136.55
• Consulta en Oncología	5	209.05
• Ecografía abdominal	5	297.85
• Analítica general y marcadores	5	296.00
Control postoperatorio al 2º año		
• Consulta en Cirugía General	1	27.31
• Consulta en Oncología	1	41.81
• Ecografía abdominal	1	59.57
• Analítica general y marcadores	1	59.20
• Biopsia	1	75.57

Fuente: González, Marchena, Barbez *et al.* (2004).

malmente, el análisis de sensibilidad se realiza sobre las medidas de efectividad, de costes o las tasas de descuento sobre los que exista menos certeza. La probabilidad de que a una persona mayor de 55 años asintomática se le realice una colonoscopia y no se observe un pólipo existente puede variar, según diversos estudios epidemiológicos, entre el 9 y el 19%. El amplio rango de variación posible puede hacernos pensar que la consideración de uno u otro valores extremos (o incluso la falta de representatividad del valor

medio) puede hacer variar los resultados y conclusiones de forma relevante. Para contrastar esta posibilidad, se realiza el estudio atendiendo a varias medidas de probabilidad, incluidas las extremas, con el fin de analizar el impacto que las variaciones en variables determinantes puedan tener en los resultados obtenidos. Lógicamente, cuanto menores cambios produzcan estas variaciones en las variables iniciales en las conclusiones obtenidas, más robusto se considerará el análisis realizado.

Lecturas recomendadas

Anuntxe P, Astier P, López MA *et al.* Evaluación económica de la hospitalización para intervención de cataratas. Un análisis de minimización de costes. *Todo Hospital* 1994; 112:57-64.

Antoñanzas F, Rovira J, Juárez C. El problema de la actualización en la evaluación económica de proyectos sanitarios. *Hacienda Pública* 1999; 148:3-25.

Badía X, Ondategui S. Farmacoeconomía del tratamiento de la diabetes mellitus. *Revista Clínica Española* 2002; 202:320-325.

Clemente M, García-Gómez C, Garrigues MR *et al.* Externalización de la elaboración de unidades nutrientes parenterales en adultos; análisis de minimización de costes en un hospital general. *Nutrición Hospitalaria* 2003; XVIII:35-37.

Díez J, Rido M, Latour J *et al.* A cost benefit analysis of routine varicella vaccination in Spain. *Vaccine* 1999; 17:1306-1311.

Drummond MF, O'Brien B, Stoddart G, Torrance GW. *Métodos de evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria*. Madrid, Díaz de Santos, 1997.

Gamboa F, Gómez E, Villar E *et al.* La atención especial a los pacientes reingresados puede ser eficiente. Análisis coste-beneficio de un nuevo modelo asistencial. *Rev Clínica Española* 2002; 202:320-325.

González F, Marchena J, Barber P *et al.* Análisis del coste-efectividad del cribaje del carcinoma colorrectal. *FUNCIS* 2002; 29 (1).

Lema MC, Farjas MP, Bouzas E *et al.* Infección neumocócica en el Complejo Universitario Juan Canalejo: análisis coste-beneficio de una política de inmunización al alta hospitalaria. *Vacunas* 2002; 3:94-98.

Muenning P. *Designing and conducting cost-effectiveness analyses in Medicine and Health Care*. Jossey-Bass A Wiley Compan; 2002.

Oliva J, del Llano J, Sacristán JA. Análisis de las evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias realizadas en España en la década 1990-2000. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16:2-11.

Peña I, Pérez N, Cortés M *et al.* Coste-efectividad de la vacunación contra la varicela en adolescentes en España. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18:287-294.

Plans P, Garrido P, Salleras L. Coste-efectividad de la vacunación neumocócica en Cataluña. *Revista Española de Salud Pública* 1995; 69:409-417.

Plans P, Navas E, Tarín A *et al.* Coste-efectividad de los métodos de cesación tabáquica. *Medicina Clínica* 1995; 104:49-54.

Plans P, Rovira J. Estudio coste-efectividad de los tratamientos farmacológicos hipolipemiantes. *Medicina Clínica* 1995; 105:327-333.

Puig J, Ortún V, Pinto JL. Los costes en la evaluación económica de tecnologías sanitarias. *Atención Primaria* 2001; 27:186-189.

Sacristán JA, Prieto L, Huete T *et al.* Coste-efectividad de drotrecogina alfa (activada) en el tratamiento de la sepsis grave en España. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18:50-57.

Sacristán JA, Rovira J, Ortún V *et al.* Utilización de las evaluaciones económicas de intervenciones sanitarias. *Medicina Clínica* 2004; 122:789-795.

Juan Manuel de León García

Coordinador de Informática y del Sistema de Gestión de la Calidad. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de salud

Atención Primaria: concepto. Formas organizativas y de gestión

La Organización Mundial de la Salud, en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata (1978), definió la Atención Primaria (APS) como: «El cuidado de salud esencial, basado en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, accesibles de forma universal a los individuos y familias en la comunidad a través de su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan afrontar...»¹.

Sus elementos conceptuales característicos podemos resumirlos diciendo que es accesible, integral e integrada, continuada y permanente, activa, comunitaria, participativa y que está basada en el trabajo en equipo².

A pesar de disponer de este marco conceptual común, el modelo de Atención Primaria difiere entre los diferentes países, en función de sus valores y de sus características socioculturales, políticas y económicas. De este modo, la APS puede configurarse de diferentes formas, según sus características de gestión macro, meso y micro:

1. *A escala macro*, la financiación, pública (a través de impuestos o de seguros sociales) o privada; la regulación, centralizada o descentralizada; el nivel de cobertura, universal o sólo de determinados colectivos, y la existencia de un mayor o menor catálogo de prestaciones y servicios, van a condicionar determinadas características del modelo de APS.
2. *A escala meso*, la gestión pública, privada o mixta, condicionará su capacidad de negociación con el financiador, así como su capacidad de compra y de gestión de los recursos humanos.
3. *A escala micro*, la diferente vinculación de los profesionales con la organización, su sistema retributivo y posibilidad de desarrollo profesional, así como la capacidad de los clientes para elegir proveedor, terminarán de modular definitivamente las características de la APS.

En Estados Unidos de América, donde predominan unos valores tradicionales de competencia y capacidad de elección, el imparable crecimiento de gasto sanitario hizo que a mediados del siglo pasado se pasara de un modelo de práctica privada y pago por servicio a un sistema de planes de salud prepagados (HMO), concertados con aseguradoras que recogen un catálogo

de prestaciones con un conjunto de proveedores predefinidos. Se desarrolló un modelo de asistencia gestionada, concertando proveedores en base a calidad y costes, y de realizar un pago por servicio se pasó a un pago por salario de los profesionales. La asistencia gestionada ha generado en EE.UU. un verdadero mercado en el que diferentes modelos de provisión de servicios (PPO, IPA, CWW, sistemas integrados, etc.) compiten por obtener los contratos en una región o estado³. A pesar de las mejoras observadas en el control del crecimiento del gasto sanitario, EE.UU. sigue doblando en gasto sanitario a países como Reino Unido o España, sin que ello redunde en unos mejores indicadores de salud. Probablemente la falta de cobertura universal para recibir asistencia sanitaria genere situaciones de inequidad en el acceso de los más necesitados, haciendo que las acusadas diferencias socioeconómicas de la población sean un condicionante de salud mayor que el propio sistema sanitario.

En los países europeos, se dan todas las posibles combinaciones de los modelos de gestión macro, meso y micro. El sistema sanitario proporciona cobertura universal a la población, financiándola mediante impuestos, en el caso de modelos de Sistema Nacional de Salud (Reino Unido, España, Portugal, Italia, Dinamarca, Suecia, Finlandia, etc.), o bien mediante cuotas a empresas y trabajadores, modelo de Seguros Sociales (Alemania, Francia, Austria, Holanda, Bélgica, etc.)⁴. En ambos casos, dependiendo del país, la regulación y la ordenación pueden ser centralizadas o descentralizadas. En España, a finales de 2001, se finalizó la descentralización a las comunidades autónomas de la capacidad reguladora y de gestión iniciada en 1981, reservándose el Estado aquella considerada como legislación básica y la capacidad de coordinación en el SNS. El catálogo de prestaciones cubre prácticamente todo tipo de enfermedades e intervenciones.

La capacidad de compra es real en los modelos basados en sistemas de seguridad social, donde las aseguradoras pueden contratar los servicios de diferentes proveedores, y en algunos SNS como en Reino Unido, donde los grupos de médicos generales gestores de presupuestos (*fundholding*) reciben un presupuesto en función de los pacientes incluidos en sus listas y pueden comprar diferentes servicios a diversos proveedores, en función del coste, la calidad y el tiempo de espera. En otros, como España, a excepción de Cataluña y País Vasco, no existe una verdadera separación de las funciones de financiación, compra y provisión, siendo incluso en éstas la capacidad de compra más virtual que real.

En algunos países (España, Portugal, Grecia, Finlandia, Suecia...), los profesionales sanitarios son empleados públicos asalariados; que trabajan en centros de salud en equipos multidisciplinares, mientras que en otros países (Alemania, Francia, Holanda, Bélgica, Dinamarca, Italia, Reino Unido,...) el médico de familia es un profesional libre con capacidad para asociarse a otros y contratar al resto de personal sanitario y no sanitario, y para comprar los servicios especializados que precise.

En algunos países como España o el Reino Unido, la APS es la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud, actuando de filtro para la prestación sanitaria especializada; mientras que, en otros, los ciudadanos pueden elegir entre acudir a su médico de familia o directamente a diversos especialistas.

Integración de la APS en el Sistema Nacional de Salud

La asistencia sanitaria en España ha sufrido un trascendental impulso en los últimos 25 años, fruto del cambio en el sistema político español recogido en la Constitución Española de 1978. Pero no se entendería este importante cambio sin hacer una breve referencia al modelo sanitario español del siglo xx.

Durante la primera mitad del siglo xx las competencias sanitarias del Estado, concentradas en una Dirección General de Sanidad, se limitan a los problemas de salud que pueden afectar a la colectividad, desarrollando actividades preventivas en materia de salud pública (saneamiento, manipulación y conservación de alimentos, vacunaciones, etc.) y proporcionando asistencia sanitaria a los individuos que presentan determinadas enfermedades de gran trascendencia social (tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales, etc.). La asistencia de la población para el resto de problemas de salud queda al margen, confiando en la autosuficiencia de los individuos para atender sus problemas de salud. Los que pueden pagar la asistencia sanitaria utilizan la medicina privada y los que no tienen medios económicos la Beneficencia, proporcionada por médicos dependientes de la Administración del Estado.

En 1942, se aprueba mediante Ley la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, con el fin de dar cobertura sanitaria a los trabajadores con menores rentas, financiándolo mediante una cuota vinculada al trabajo. Durante los periodos de gran expansión económica de las décadas de 1960 y 1970 alcanza un rápido desarrollo, incluyendo un mayor número de colectivos y de prestaciones, y gestionando la mayor red sanitaria de todo el territorio nacional en el último cuarto de siglo.

Mediante Real Decreto Ley 36/1978, se crea el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) dependiente del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, como entidad gestora de la Seguridad Social, con el fin de ejecutar la política sanitaria emanada de aquél y de gestionar la extensa red de centros y servicios sanitarios.

En 1978, con la aprobación de la Constitución Española, tiene lugar un punto de inflexión en la concepción del sistema sanitario y de la atención sanitaria hasta entonces vigente. Efectivamente, la Constitución Española recoge, en sus artículos 43 y 49, el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, y, en el título VIII, la organización del Estado en comunidades autónomas, con amplias competencias en materia

sanitaria. De esta forma, se pasa de un modelo de atención sanitaria centralizado basado en un sistema de Seguridad Social a un modelo descentralizado basado en un Sistema Nacional de Salud.

La Ley 14/86, General de Sanidad, define el Sistema Nacional de Salud como el «conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las comunidades autónomas», caracterizado por la **universalidad** de la prestación sanitaria; la **atención integral**, que comprende tanto aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad como curativos y rehabilitadores; la **coordinación** de todos los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único; la **financiación pública**, y la **evaluación y el control de calidad** de los servicios prestados.

La propia Ley establece que en cada comunidad autónoma se constituirá un Servicio de Salud, integrado funcionalmente por todos los centros, servicios y establecimientos de cualquiera de las Administraciones Públicas presentes en dicha comunidad, independientemente de que cada Administración Territorial pueda mantener la titularidad de los centros dependientes de la misma.

Así mismo especifica que la base de la planificación será la división de todo el territorio en demarcaciones geográficas, denominadas *Áreas de Salud*, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del correspondiente Servicio de Salud y de las prestaciones y los programas sanitarios que se establezcan. En concreto, en el ámbito de la APS, mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación.

Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios en primaria, la Ley establece que las Áreas de Salud se dividirán en Zonas Básicas de Salud (ZBS), marco territorial donde desarrollan sus actividades sanitarias los Centros de Salud (CS), entendidos como centros integrales de APS, dotados de los medios personales y materiales necesarios para realizar actividades arriba enumeradas.

De esta forma, la Ley General de Sanidad viene a refrendar el Real Decreto 137/84, de Estructuras Básicas de Salud, que había iniciado la reforma de la Atención Primaria dos años antes, con el objetivo de integrar actividades curativas y preventivas hasta entonces separadas, a fin de cumplir el mandato constitucional de garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos. En dicho Real Decreto se delimitan las ZBS, se define el CS y se determina la composición de los Equipos de Atención Primaria (EAP), sus funciones, órganos directivos, provisión de plazas y la necesidad de coordinación con otros niveles asistenciales.

El proceso de descentralización de la gestión sanitaria en las comunidades autónomas tiene lugar en dos periodos de tiempo bien diferenciados. En el primero, que abarca desde 1981 a 1994, tiene lugar la transferencia competencial a Cataluña, País Vasco, Andalucía, Navarra, Galicia, Comunidad Valenciana y Canarias. El segundo bloque tiene lugar 20 años después con la transferencia masiva al resto de comunidades autónomas de las competencias que aún gestionaba el INSALUD. Con la descentralización de competencias sanitarias tiene lugar la ordenación del territorio, en función de criterios geográficos, demográficos y sociales, y que adquiere diferentes denominaciones según la comunidad autónoma. Unas definen sólo Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud (País Vasco, Comunidad Va-

lenciana, Murcia y Extremadura), también denominadas Áreas Básicas y Sectores en Cataluña; algunas incorporan además Zonas Especiales de Salud (Asturias, Cantabria, Canarias, Castilla y León, Navarra y La Rioja); otras tantas introducen figuras intermedias entre el Área y la Zona de Salud (Comarcas Sanitarias en Navarra, Distritos en Andalucía, Asturias y Madrid, Sectores en Aragón y Baleares) o supra Área de Salud (Regiones Sanitarias en Baleares, Cataluña, Castilla La Mancha, Galicia y Navarra).

Durante este largo período de tiempo se han producido importantes mejoras en la gestión del modelo de APS y se ha

acercado el servicio sanitario a la población construyendo y dotando más de 2800 centros de salud, aunque su desarrollo no ha sido homogéneo en todo el Estado. Así, mientras en algunas comunidades el porcentaje de población cubierta por el modelo reformado en el año 2000 era del 100% (Navarra), en otras se observaba un importante retraso (Cataluña, País Vasco o Galicia)⁴.

En lo relativo a la financiación sanitaria observamos que en el conjunto del Estado Atención Primaria representaba en el año 2001 tan sólo el 15.7% del gasto sanitario público total, frente a un 52.6% de Atención Especializada (Tabla 3.1).

Tabla 3.1. Gasto Sanitario Público 2001, según clasificación funcional

		Atención Especializada	Atención Primaria	Farmacia	Salud Pública	Servicios Colectivos Salud	Traslados, Prótesis, etc.	Gasto Capital	Total	Gasto APS + Farmacia	% Población 15-64 años	% Población >65 años
ESTADO	€/ pp	442	132	184	13	23	13	33	840	315	68.5	17.1
	%	52.6	15.7	21.9	1.6	2.7	1.6	3.9	100	38		
CATALUÑA	€/ pp	407	123	187	1	31	10	14	773	310	68.8	17.4
	%	52.6	15.9	24.2	0.2	4.0	1.3	1.7	100	40		
ANDALUCÍA	€/ pp	381	113	180	2	11	15	15	715	293	68.1	14.6
	%	53.2	15.8	25.2	0.3	1.5	2.1	2.1	100	41		
PAÍS VASCO	€/ pp	504	132	171	8	29	12	30	885	303	70.2	17.9
	%	56.9	14.9	19.3	0.9	3.3	1.4	3.4	100	34		
COMUNIDAD VALENCIANA	€/ pp	332	96	202	14	12	8	18	681	298	68.9	16.4
	%	48.8	14.2	29.6	2.0	1.7	1.2	2.6	100	44		
NAVARRA	€/ pp	514	155	157	16	16	12	37	907	312	68.2	18.1
	%	56.7	17.1	17.3	1.8	1.8	1.3	4.1	100	34		
GALICIA	€/ pp	428	104	190	8	12	8	48	798	294	67.1	21.1
	%	53.7	13.0	23.9	1.0	1.5	1.0	6.0	100	37		
CANARIAS	€/ pp	427	93	156	9	16	18	48	767	248	71.5	12.0
	%	55.7	12.1	20.3	1.2	2.1	2.3	6.3	100	32		
INSALUD	€/ pp	355	93	163	0	9	10	27	656	256	67.9	18.1
	%	54.1	14.2	24.9	--	1.3	1.5	4.0	100	39		

€/ pp: euros por persona

%: porcentaje de cada uno de los grupos funcionales sobre el total del gasto por Servicio de Salud.

Fuente: Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo: Cuentas Satélites de la Sanidad 2001 (Gasto Sanitario Público 2001, según clasificación funcional) y Población Española actualizada a enero 2002.

Elaboración propia.

Así mismo, observamos que dicho gasto no se efectuó de forma homogénea en las diferentes comunidades autónomas, ni parece estar en relación con la diferente estructura etárea de la población. Es más, aunque atribuyésemos el conjunto del gasto farmacéutico a APS, tampoco vemos que la suma del gasto de ambas se equilibre en las diferentes comunidades. Posiblemente, este hecho se debe a que en todos los Servicios de Salud se viene realizando una financiación histórica del gasto más que una financiación prospectiva según las necesidades.

Estas desigualdades en la financiación de la APS entre las diferentes comunidades tienen su traducción en una desigual dotación de Equipos de Atención Primaria y de Unidades de Apoyo a éstos (Unidades de Salud Mental, Unidades de Salud Bucodental, Unidades de Fisioterapia, etc.)⁵, y, por tanto, en una desigual prestación de las respectivas carteras de servicios en las diferentes comunidades autónomas.

Efectivamente, teniendo en cuenta que el 80% del presupuesto de APS se destina a gastos de personal, el recurso más importante en este nivel asistencial, podremos comprender en qué medida las desigualdades en la financiación pueden influir en la prestación de los diferentes servicios por parte de estas unidades.

A pesar de que la APS es la puerta de entrada al sistema sanitario, el número de médicos y de enfermeros que trabajan en dicho sector no parece acorde con las necesidades asistenciales que, cada vez más, demanda la población. Así, en el Atlas de la Sanidad en España 2003, elaborado por el Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, podemos observar que el número de médicos de Atención Primaria por 100 000 habitantes dicho año era de 70, mientras que el de médicos de hospitales era de 188, el 65% perteneciente a hospitales públicos. Por otro lado, el número de enfermeros por 100 000 habitantes en Centros de Salud era de 60, mientras que en hospitales era de 222. En ambos casos, se observa una gran variabilidad entre comunidades autónomas en ambas tasas.

Pero la adecuación de los recursos humanos en APS no depende sólo de una financiación equilibrada, sino también del desarrollo de un marco de relaciones laborales adecuado a las nuevas funciones que debe realizar. En este aspecto, los trabajadores que prestan sus servicios en los centros e instituciones sanitarias de la Seguridad Social han tenido históricamente una regulación específica, denominada *personal estatutario*, recogida en el Decreto 3160/1966, Estatuto jurídico de personal médico de la Seguridad Social; en la Orden de 26 de abril de 1973, Estatuto de personal sanitario no facultativo, y en la Orden de 5 de julio de 1971, Estatuto de personal no sanitario.

La adaptación de la regulación de los recursos humanos a la reforma de la Atención Primaria se inicia con el Real Decreto 137/84, de Estructuras Básicas de Salud, donde se modifica la jornada laboral y las funciones del personal integrado en los Equipos de Atención Primaria. La reforma del modelo de relaciones laborales del personal sanitario, desde el anterior de cupo y zona al nuevo de EAP, no ha estado exento de tensiones forzando, en ocasiones, en vez de incentivando la integración de los profesionales. Por otro lado las nuevas funciones y responsabilidades de los diferentes roles profesionales no han sido claramente definidas, generando tensiones entre los diferentes colectivos; así mismo, la falta de previsión en la

dotación de personal para cubrir las necesidades de los centros ha elevado hasta unos límites insoportables la presión asistencial. Todo ello, junto con un elevado número de interinidad y precariedad en el empleo, la falta de incentivos profesionales y la continuada sobrecarga asistencial, ha conllevado a una elevada desmotivación entre los profesionales y a un deterioro del modelo que pretendía reformarse.

Esta relación funcional especial de los trabajadores sanitarios de centros e instituciones sanitarias de la Seguridad Social ha sido modificada recientemente por la Ley 55/2003, «Estatuto Marco de personal estatutario de los servicios de salud». Este nuevo texto legal tiene como objetivos incrementar la motivación de los profesionales y su compromiso con la gestión; establecer un adecuado sistema de incentivos, desburocratizar y flexibilizar las relaciones profesionales; descentralizar los procesos de selección y de promoción profesional, y, en fin, personalizar las condiciones de trabajo, especialmente en lo relativo a retribuciones y niveles de dedicación o la adecuación de las dotaciones de personal a las necesidades efectivas de los centros. Se caracteriza, al igual que los anteriores textos legales, por ofrecer estabilidad en el puesto de trabajo, posibilitando, entre otras cosas, el desarrollo de una carrera profesional que hasta ahora no había existido. Efectivamente, la falta de motivación y de incentivos cobra en el sector sanitario especial importancia, pues los recursos humanos son su principal activo.

A pesar de los importantes progresos realizados en estos veinticinco años para establecer políticas y programas de atención primaria de salud, queda aún mucho por hacer para alcanzar la meta de la salud para todos planteada por la Organización Mundial de la Salud. Por dicho motivo, esta organización, en su 56.^a Asamblea Mundial de 26 de mayo de 2003, hizo una llamada a todos los Estados miembros para que se asignaran recursos suficientes al desarrollo de la APS, con el fin de contribuir a la reducción de las desigualdades en el ámbito de la salud; para que fortalecieran los recursos humanos dedicados a la atención primaria de salud; para que respaldasen la participación activa de las comunidades locales y de los grupos de voluntarios en la APS, y para que apoyasen las investigaciones encaminadas a encontrar métodos eficaces para vigilar y fortalecer la APS y vincularla a la mejora general del sistema sanitario.

Planificación en atención primaria: diagnóstico, planes y programas de salud

En un contexto como el sanitario, donde las necesidades de la población son prácticamente ilimitadas, los recursos finitos, la presión social elevada, los conocimientos y la tecnología cambian a velocidad de vértigo y los grupos de interés tienen gran capacidad para decidir una parte muy importante del gasto, la planificación se convierte en una herramienta imprescindible para definir la Política Sanitaria de un país.

Entendemos por *planificación* el proceso continuo y metódico consistente en analizar los problemas, las necesidades y las demandas actuales no alcanzadas, priorizarlas, establecer objetivos realistas, disponer los recursos y servicios necesarios para satisfacerlos y acordar los criterios de evaluación que se emplearán para saber si se han conseguido.

Según el nivel o la extensión del proceso, podemos clasificar la planificación en normativa o política, estratégica, táctica y operativa⁶.

Así, la **planificación normativa o política** se concreta en definir, a grandes rasgos, la política que debe guiar a una organización. En este sentido, un Servicio Nacional de Salud, en su orientación por satisfacer el principio constitucional del derecho a la salud de los ciudadanos, desarrollaría políticas de salud basadas en la universalidad de la prestación, la equidad en el acceso, la accesibilidad a los servicios, la integralidad de los cuidados, la coordinación de los servicios y la eficiencia general del sistema.

En lo relativo a la **planificación estratégica**, se plantea qué hacer, definiendo las prioridades y las diferentes alternativas de actuación que podrían implementarse para conseguir los objetivos perseguidos a largo plazo. Un ejemplo de este tipo de planificación serían los **planes de salud**.

La **planificación táctica** define los objetivos generales y específicos a conseguir, en base a unas alternativas de actuación ya seleccionadas. De esta forma, se planificarían y organizarían las actividades y los recursos en el tiempo. La formalización de este nivel de planificación sería, en el ámbito sanitario, el **programa de salud**.

Por último, la **planificación operativa** tendría que ver más con el desarrollo y la organización de las actividades, el cumplimiento del calendario previsto y con la gestión de los recursos dispuestos a tal fin.

Veremos con más detenimiento la planificación táctica y la Operativa, dado que son las que se utilizan en el ámbito de la Atención Primaria.

Planificación táctica

Una vez identificadas y priorizadas las intervenciones a realizar, se elaboran los programas de salud, que definirán los objetivos generales y específicos a conseguir, las actividades que deben realizarse y los recursos a emplear. Así mismo, se elaborarán los indicadores necesarios para objetivar la consecución de los objetivos propuestos.

Por tanto, podríamos definir un *programa de salud* como un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios destinados a alcanzar unos objetivos concretos y previamente definidos de salud, en una población determinada, con unos recursos dados y con una evaluación realizada en un período concreto, que podrá servir a su vez para una nueva formulación de objetivos y actividades⁷.

Los objetivos:

Clásicamente, los objetivos pueden dividirse en objetivos generales y objetivos específicos:

- Los objetivos generales describen los cambios deseables en el estado de salud de la población a la que se dirige el programa, por ejemplo, disminuir, a los cinco años de la puesta en marcha del programa, la incidencia de ceguera por retinopatía diabética en el Área de Salud en un 50%, tanto mediante intervenciones que detecten y traten precozmente dicha complicación como aquellas otras que, contribuyendo a un control óptimo de la diabetes mellitus, retrasen su aparición.
- Los objetivos específicos deben expresar de forma clara, precisa y medible los resultados que pretenden alcanzarse,

la población en la que va a observarse la consecución de los resultados y el tiempo en que deben haberse conseguido. Los objetivos específicos pueden hacer referencia a resultados (estado de salud o bienestar, valores de parámetros biológicos, conductas deseables, adquisición de conocimientos y habilidades) o a procesos (cumplimiento adecuado de las actividades que deben realizar los recursos dispuestos para alcanzar dichos resultados). Es deseable que se incorporen objetivos de ambos tipos, aunque no debemos perder de vista que el objetivo final del programa es conseguir los resultados esperados en términos de salud.

Las actividades:

Una vez definidos los objetivos que pretenden alcanzarse, es necesario concretar las actividades a realizar para la consecución de los mismos. Las actividades que forman parte de un programa de salud las podemos clasificar en actividades de carácter operativo, pues son las que realmente tienen relación directa con los objetivos (promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población sana; diagnóstico precoz y actividades curativas, rehabilitadoras y paliativas en la población enferma), y actividades de gestión y apoyo, que facilitan el desarrollo de las operativas (contratación de los recursos, elaboración de sistemas de información, formación de los recursos humanos, investigación, etc.).

La identificación de las actividades que realmente influyen en la obtención de los resultados previstos no es una tarea fácil. Es necesario realizar una revisión sistemática de la evidencia científica en busca de aquellas experiencias previas que hayan comprobado la bondad de las mismas. Deben incluirse siempre actividades con el máximo nivel de evidencia disponible, con el fin de evitar cargar a los profesionales con actividades que no redunden en la consecución de los objetivos.

Los recursos:

Por último, de acuerdo con las actividades seleccionadas, deben determinarse los recursos que conlleva el programa, tanto con relación al tipo de recurso, como a su cantidad y calidad. Sin embargo, antes de determinar la cantidad de recursos necesarios es preciso tener en cuenta diversos factores que intervienen sobre éstos, influyendo en la producción de los servicios. Estos factores son la productividad, la eficacia potencial, el empleo adecuado y la accesibilidad a los mismos.

Existen cuatro métodos para determinar los recursos necesarios:

- **Método de las necesidades de salud:** en base al consenso de expertos sobre las prestaciones necesarias para alcanzar un determinado objetivo de salud, se establece el cálculo de los recursos necesarios, multiplicando la población diana por el número de problemas de salud susceptibles de dicha prestación que presenta cada individuo de la población diana en un año, por el número de intervenciones necesarias por problema de salud y por el tiempo medio requerido para cada intervención, y dividiéndolo por el tiempo medio de utilización/trabajo de un recurso dado.
- **Método de los objetivos de prestaciones:** basándose en una norma de correcta prestación de un servicio, se determina el número de recursos necesarios, multiplicando la población diana por el número de servicios por persona en un año y dividiéndolo por la productividad del recurso (número de servicios por unidad de tiempo).

- *Método basado en la utilización de servicios:* este método se basa en la premisa de que la utilización actual de un servicio es adecuada porque satisface las necesidades y expectativas de la población, y en el principio de que la tasa de utilización de un servicio permanecerá constante a lo largo del tiempo, por lo que permite calcular el número de recursos necesarios para diferentes poblaciones o la misma a lo largo del tiempo.
- *Método de la razón recursos/población:* este método utiliza de forma normativa una razón para determinar las necesidades de recursos. De esta forma, los recursos requeridos se obtienen de multiplicar la población diana por la razón elegida. Éste es el método más utilizado, por su sencillez, pero es el menos preciso porque no tiene en cuenta las posibles variaciones en las características de la población diana (edad, sexo, morbilidad, nivel socioeconómico, etc.) que influyen claramente sobre la demanda de servicios. Un ejemplo de este método es la determinación del número de médicos para una Zona de Salud, utilizando la razón de médicos por habitante recogida en el Real Decreto 1575/93 de libre elección de médico.

La evaluación:

Como paso final de esta etapa, deben planificarse indicadores de evaluación, que permitan conocer tanto el cumplimiento de las actividades previstas a lo largo de todo el proceso como los resultados obtenidos en cada uno de los períodos de evaluación especificados en los objetivos, y corregir, si fuese necesario, las estrategias de intervención. Los indicadores de evaluación deben ser pocos, válidos (capaces de representar el verdadero valor de lo que desea medirse), precisos (capaces de obtener los mismos resultados aplicados en idénticas circunstancias) con capacidad de detectar los cambios que se produzcan como consecuencia de la intervención⁷. Deben evaluarse indicadores de cobertura (porcentaje de la población diana cubierta por el programa), de cumplimiento de objetivos, tanto a nivel de proceso como de resultado, de eficiencia en la gestión de los recursos, y de satisfacción de los clientes.

Los programas de salud para actividades de promoción de la salud y para enfermedades prevalentes han sufrido una evolución positiva desde el inicio de la reforma. Así, durante los primeros años de la reforma de la APS, se promovía que cada Equipo de Atención Primaria elaborase los programas de salud que encontrara pertinentes, a la luz del Diagnóstico de Salud de la Zona y tras la priorización de problemas detectados. Estos programas, antes de su puesta en marcha, tenían que ser acreditados por las respectivas Gerencias de Atención Primaria.

Esta iniciativa fue acogida con gran entusiasmo por unos profesionales convencidos de la necesidad de la reforma en marcha, y de que la nueva metodología de trabajo iba a mejorar sustancialmente el enfoque de la asistencia en la medicina ambulatoria. Se realizó un gran esfuerzo formativo de los profesionales y se invirtió mucho tiempo en la elaboración de muy diversos programas de salud, sin que existieran grandes diferencias entre los elaborados por distintos EAP.

Inicialmente, la ejecución de los programas de salud se realizó de forma dispensarizada, de tal forma que la prestación de cada programa de salud era realizada siempre por el mismo médico y enfermera, independientemente de qué médico tuviera asignado. Esta forma de prestación del servicio pronto dio paso a la integración de la atención a los pacientes en programa

dentro de la consulta diaria de cada profesional, dado que la anterior iba en contra de la visión integral de los problemas de salud del paciente y tendía a una «especialización» no deseable dentro del EAP.

A principios de la década de 1990, con el fin de realizar una oferta de servicios homogénea a toda la población, poder comparar los diferentes centros proveedores, y ser eficientes en la gestión del tiempo de los profesionales, las Gerencias de Atención Primaria e incluso los propios Servicios Regionales de Salud elaboraron, acreditaron y facilitaron a los EAP programas marco para los problemas de salud más prevalentes, que constituyeron la base de la Cartera de Servicios en Atención Primaria. Se agruparon los programas en función de la edad y el género de los pacientes, creándose el programa del niño, del adulto, del anciano, de la mujer, o integrado cada uno de estos en subprogramas con los factores de riesgo más prevalentes. Además de llevar a cabo estos programas marco, los EAP podían elaborar programas de salud para los problemas específicos en su zona de salud. Aunque inicialmente esta «centralización» de la programación generó cierto recelo en los EAP, pronto se vio que esta medida descargaba notablemente el trabajo de programación de los EAP y no existían sustanciales diferencias con los elaborados por ellos mismos.

Es de esperar que los próximos programas de salud se adapten a los planes integrados de salud que vayan publicándose, comprometiendo a todos los niveles asistenciales e incorporando una financiación prospectiva en base a los objetivos fijados. El reto será, posteriormente, diseñar los planes operativos para llevarlos a cabo en un sistema tradicionalmente poco acostumbrado a la coordinación y cooperación entre niveles.

Planificación operativa

Una vez definidos los objetivos a alcanzar, las acciones a emprender y los recursos disponibles en las fases previas, debemos organizar el conjunto de actividades a realizar, concretar el calendario y asignar los recursos para el equipo de trabajo en concreto que lo va a implantar. Se trata de especificar quién hace qué, cuándo, dónde, en qué lugar, con qué medios y en qué orden. Es decir, el plan de operaciones está dirigido al equipo de trabajo responsable de la ejecución del programa de salud.

El plan operativo se inicia con la formulación de los objetivos operativos, que siguen los mismos criterios de formulación que los objetivos de programa, pero referidos al equipo encargado de llevarlos a cabo.

A continuación, se identifican todas las actividades que deben llevarse a cabo para realizar cada uno de los objetivos, se ordenan cronológicamente, identificando las que le preceden y le siguen, se estima su duración y su fecha probable de inicio y fin, se asignan los recursos (humanos, materiales y financieros) y se especifican las responsabilidades (quién, dónde y en qué horario).

Para realizar todas estas tareas existen una serie de métodos, cuyo estudio detallado sobrepasa los fines de este capítulo, pero que pasamos a enumerar:

- *Árbol de decisiones:* es un instrumento gráfico que nos guía, en función de la respuesta a las preguntas formuladas dentro del diagrama, en el proceso de realizar una intervención. La respuesta puede ser afirmativa o negativa a cada

pregunta, llevando en el primer caso a una intervención y, en el segundo, a una nueva pregunta. Así hasta llegar al final a la intervención requerida.

- **Diagrama de flujo:** representa el camino seguido por un usuario dentro del sistema hasta que obtiene el servicio requerido, lo que permite ver la secuencia de etapas que tiene lugar, así como la utilización de los recursos.
- **PERT (program evaluation and review technique):** representa las actividades en formato de gráfico tipo red, de forma que puede verse en su totalidad el proceso, observando la secuencia de las actividades y el tiempo de duración de cada una, identificando aquellas que tienen holgura y aquellas que no. La secuencia de actividades que no disponen de holgura para su realización constituyen el camino crítico. Esta técnica es de interés para controlar el plazo de ejecución de un proyecto al poder monitorizar las tareas críticas. Si quiere acortarse el tiempo de duración de un proceso disminuyendo sus tareas críticas, puede hacerse asignando más recursos, subdividiendo las críticas en varias que puedan realizarse simultáneamente o sustituyéndolas por otras que consuman menos tiempo.
- **Diagrama de Gantt:** consiste en representar sobre un calendario una barra por cada tarea identificada. El tamaño de cada tarea está en relación con la duración de la tarea. Una tarea puede empezar cuanto termine la precedente (relación principio-fin), cuando empiece otra tarea (inicio-inicio) o puede programarse para que finalice al mismo tiempo que otra tarea (fin-fin). A medida que la tarea se va realizando, la barra se va rellenando de color, lo que indica visualmente su grado de cumplimiento. Una variante de esta técnica es el diagrama de Milestone, en el que se establecen puntos de control a lo largo de las tareas, que se representan como triángulos.

Una vez realizada la planificación operativa del programa, se procede a su ejecución y evaluación, así como a la puesta en marcha de las acciones correctivas a que hubiere lugar en función de las desviaciones detectadas.

Las tecnologías de la información y de la comunicación desempeñarán, en los próximos años, un papel decisivo en la mejora de los programas de salud, facilitando la cumplimentación de las actividades previstas por el programa, al recordar al profesional las actividades pendientes en función del plan operativo acordado, facilitando la comunicación entre la Atención Primaria y la Especializada, disminuyendo la burocracia y mejorando la accesibilidad.

Equipo de Atención Primaria (EAP)

La gran variedad de actividades y servicios que exige realizar la APS para satisfacer las demandas de la sociedad requiere un reparto funcional de tareas y la colaboración de diferentes perfiles profesionales, lo que ha ido cambiando el estilo de práctica médica en los países occidentales en el último cuarto del siglo xx. Así, de la práctica de la medicina en las propias consultas de los médicos o en ambulatorios, se pasó al trabajo en equipos multidisciplinares de salud en centros reformados o contruidos de nuevo para dicha función.

En España, la composición de dicho equipo de salud se reguló mediante el Real Decreto 137/84, de Estructuras Básicas

de Salud, que iniciaba la reforma de la Atención Primaria. Posteriormente, cada comunidad autónoma ha desarrollado, en el marco de sus competencias, su propia normativa que regula la composición y funciones de los EAP en sus respectivos Servicios Autonómicos de Salud, coincidiendo a grandes rasgos en la mayoría de éstas.

Concepto y composición del EAP

Según el citado Real Decreto, el Equipo de Atención Primaria (EAP) es el conjunto de profesionales, sanitarios y no sanitarios que trabajan en el ámbito territorial de la Zona de Salud, ubicados en el centro de salud, bajo la dirección de un coordinador, en una organización de carácter y estructura jerarquizados.

En su composición, enumera un conjunto de profesionales sanitarios (médicos generales y pediatras, enfermeras, matronas, auxiliares de clínica, veterinarios y farmacéuticos) y no sanitarios (trabajadores sociales, personal de administración), dejando la puerta abierta a la incorporación de otros profesionales en la medida en que la implantación y el desarrollo de los equipos lo hagan preciso, y las disponibilidades presupuestarias lo permitan. Martín Zurro⁴ distingue, en la composición del EAP, entre un núcleo básico, imprescindible para el desarrollo de las funciones del EAP, y un conjunto de profesionales de apoyo especializado a dicho equipo.

1. Núcleo básico del EAP:

- a. Personal sanitario: médicos de familia, pediatras, enfermeras auxiliares de enfermería.
- b. Personal no sanitario: trabajadores sociales, personal de gestión y de servicios (administrativos, celadores o equivalentes en las comunidades autónomas).

2. Personal de soporte o apoyo especializado a los EAP: salud bucodental (odontólogos, enfermeras, técnicos de salud bucodental), salud mental (psiquiatras, psicólogos y enfermeras de salud mental), atención a la mujer (matronas, tocoginecólogos), salud pública y medicina comunitaria (farmacéuticos, veterinarios, técnicos y especialistas de salud pública), técnicos especialistas (radiología, laboratorio).

Aunque se les denomina *personal de apoyo o soporte a los EAP*, desarrollan también funciones básicas recogidas en la propia definición de APS. No creemos que las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular realizados por médicos de familia y enfermeras representen un nivel más básico de atención que el de prevención de la enfermedad bucodental, o que garantizar un adecuado control sanitario de los alimentos desarrollados por aquel personal. Pensamos que dicha diferenciación obedece, más que a una razón conceptual, a un nivel de planificación de los recursos humanos en función de una razón recursos/población y que, aun manteniendo su función de apoyo, debería trabajarse más intensamente para que dichos profesionales se integraran funcionalmente con los EAP correspondientes, en vez de considerarlos unidades independientes. De hecho, cualquier conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios pueden constituir simplemente un grupo de trabajo ubicado en un mismo centro o constituir un verdadero equipo de salud, aunque no trabajen físicamente en el mismo centro.

En los EAP, como en todos los grupos humanos, existen dificultades para que todos los profesionales, tanto del EAP básico como los de apoyo, trabajen conjuntamente para obtener una

visión integral del estado de salud y de la necesidad de servicios de la población. Para que un grupo de profesionales se constituya en un verdadero equipo de trabajo tiene que reunir una serie de características:

- Trabajar en función de unos objetivos comunes.
- Existir una organización del trabajo basada en una división funcional, en relación con la cualificación y el papel de cada uno de sus miembros.
- Producirse la cooperación en el desarrollo de sus funciones y no simplemente la suma de las funciones de cada uno.
- Producirse la participación activa de todos sus componentes en el análisis de los problemas y en la toma de decisiones.
- Estar coordinado o dirigido por un profesional con un liderazgo real, no bastando sólo la autoridad formal.

En lo relativo al dimensionamiento de los recursos humanos que constituyen los EAP, la dotación de los diferentes profesionales debería estar en función de determinados factores que condicionan claramente las conductas relacionadas con la salud, la percepción del estado de salud y calidad de vida, la diferente distribución de enfermedades crónicas e incapacidad y, en definitiva, la intensidad de utilización de los servicios sanitarios por parte de la población^{8, 9}:

- Geográficos: dispersión de los núcleos de población dependientes del EAP.
- Demográficos: características de la pirámide poblacional.
- Variables socioculturales y familiares.
- Nivel socioeconómico de la población.
- Estado de salud de la población y necesidad de servicios.
- Existencia en la Zona de Salud de otros recursos sanitarios públicos o privados.

Sin embargo, lo más común es que la dotación de recursos humanos de los EAP se regule normativamente en función tan sólo de una razón recursos/población. Este tipo de planificación, aunque sencilla, ha demostrado su incapacidad para dar respuesta a las diferentes necesidades de servicios y grado de utilización de los distintos subgrupos de población y a un importante desgaste profesional debido a la creciente presión asistencial. La toma en consideración de otros factores no sólo sirve para tener una aproximación a la diferente necesidad de recursos¹⁰ sino también para retribuir la diferente carga de trabajo de los profesionales¹¹. Probablemente la carencia de unos adecuados sistemas de información en Atención Primaria haya dificultado la utilización de otros métodos de planificación de los recursos sanitarios.

Funciones de los EAP

A nivel conceptual, las funciones de un EAP derivan de su misión, basada en la propia definición de la Atención Primaria, esto es «el cuidado de salud esencial de los individuos y familias en la comunidad, mediante su autorresponsabilidad y participación, a través de un conjunto de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, curativos y rehabilitadores, plenamente accesibles a todos los ciudadanos».

A nivel normativo, el Real Decreto 137/84, de Estructuras Básicas de Salud, y la legislación propia de las comunidades autónomas recogen, a grandes rasgos, las funciones de los Equipos de Atención Primaria.

Podemos agrupar dichas funciones en cuatro áreas, que realizarán sus miembros en distinto grado, según su cualificación y papel dentro del equipo:

- Área de atención sanitaria a la población.
- Área de salud pública y control sanitario.
- Área de administración y gestión.
- Área de docencia e investigación.

Área de atención sanitaria a la población

El EAP asumirá el cuidado de salud de la población, realizando una atención integral e integrada, continuada y permanente, centrada en la persona, utilizando el modelo biopsicosocial, basada en la evidencia científica y sustentada en la elaboración de la historia clínica de Atención Primaria, orientada por problemas.

De esta forma, el EAP:

Prestará atención sanitaria global a los ciudadanos sin que dicha atención se vea limitada por la edad, el sexo o el tipo de problema que presente el paciente:

- Según el carácter y el lugar donde se realice, la asistencia podrá tener la consideración de ordinaria o urgente, y de ambulatoria o domiciliaria.
 - Según el tipo de actividad realizará:
 - Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
 - Actividades curativas, tanto a los pacientes con problemas agudos relativamente frecuentes o crónicos prevalentes, como a aquellos con enfermedades poco comunes, pero con importantes implicaciones diagnósticas y terapéuticas.
 - Actividades de rehabilitación y reinserción social.
 - Según el grupo específico de población realizará:
 - Atención al niño y adolescente.
 - Atención a la mujer en aquellos problemas que se establezcan por razón de género, así como en el control de embarazo normal, la planificación familiar y el diagnóstico precoz del cáncer ginecológico.
 - Atención a ancianos y pacientes confinados en el contexto familiar.
 - Atención a pacientes terminales mediante cuidados paliativos.
- Prestará atención a la familia, determinando los condicionantes familiares, atendiendo los problemas más comunes y asesorando y apoyando a los cuidadores principales de las familias.
- Prestará atención a la comunidad en su conjunto, realizando un análisis de la situación de salud (diagnóstico de salud), diseñando y participando en programas de intervención comunitaria y en los órganos de participación comunitaria que se establezcan.

Área de salud pública y control sanitario

El EAP colaborará en la identificación, análisis y abordaje de los problemas de salud pública de la Zona Básica de Salud, realizando:

- Acciones dirigidas a la promoción de la salud medioambiental.
- Funciones de inspección y vigilancia sanitaria.

3. La vigilancia epidemiológica de la Zona Básica de Salud en relación con las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) y con los brotes o situaciones epidémicas, mediante:
 - a. Control de las enfermedades transmisibles y el desarrollo de programas de inmunización.
 - b. Inspección sanitaria relacionada con la licencia de instalación y apertura de establecimientos y con las condiciones higienicosanitarias de guarderías infantiles.
 - c. Formación sanitaria de la población en general y de los grupos sujetos a programas específicos, como es el caso de los manipuladores de alimentos.
 - d. Colaboración interadministrativa a las corporaciones locales y a los órganos de la administración sanitaria de su comunidad autónoma.

Este conjunto de funciones asistenciales y de salud pública constituye la Cartera de Servicios de Atención Primaria, que responde a las demandas y necesidades de salud de la población, y está sustentada en criterios científicotécnicos y en prioridades de política sanitaria.

Área de administración y gestión

Para que las funciones anteriores tengan lugar, tienen que desarrollarse otro conjunto de actividades de administración y gestión, que constituyen también un grupo de funciones del EAP. Este conjunto de funciones pueden agruparse en administrativas, organizativas, de programación y de evaluación. De esta forma, el EAP:

1. Organizará la recepción y admisión de pacientes a las consultas de los diferentes profesionales, en función de sus diferentes necesidades.
2. Realizará los oportunos registros, notificaciones y certificaciones.
3. Cumplimentará los sistemas de información necesarios para la gestión de los recursos y planificar la oferta de servicios a la población.
4. Analizará los sistemas de información y evaluará la cartera de servicios, con el fin de monitorizar la consecución de los objetivos en efectividad, eficiencia y aceptabilidad, e identificar y corregir los problemas de calidad.
5. Llevará a cabo la planificación operativa de los diferentes programas de salud.
6. Evaluará y mejorará de forma continuada la calidad del servicio.
7. Gestionará adecuadamente los recursos disponibles (humanos, materiales y económicos).

Área de docencia e investigación

El principal recurso que utiliza la Atención Primaria es el recurso humano, basado en el conocimiento científico. Dicho conocimiento está sometido a un continuo cambio que acorta el ciclo de validez del mismo, fruto de los nuevos descubrimientos y del imparable avance tecnológico. Por tanto, parece obvio que tanto la función docente como la investigadora son requisitos imprescindibles para prestar unos servicios con una calidad adecuada.

1. Función docente:

La actividad docente es un proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente en el que reposa tanto el mantenimiento

y la mejora de la competencia profesional, para adaptarse a la evolución científicotécnica y a las necesidades sociales, como la transferencia de ese conocimiento a los compañeros, estudiantes y posgraduados. Podemos dividir la función docente en:

- a. Docencia de pregrado: autorizar a los diferentes estudiantes de ciencias de la salud en sus rotaciones en APS, en aquellos centros acreditados para tal fin.
- b. Docencia de posgrado: contribuir a la formación de los médicos residentes en medicina de familia.
- c. Formación continuada, mediante el estudio autodirigido; asistencia a cursos, talleres y seminarios (presenciales o a distancia), sesiones clínicas o bibliográficas en el propio centro (muchas de éstas de carácter multidisciplinar) y, cuando sea posible, rotaciones y estancias cortas en servicios y centros especializados.

2. Función de investigación:

Conocer la historia natural de numerosas enfermedades, la influencia de factores psíquicos, familiares y sociales en el enfermar, y el poder aportar pruebas contrastadas que permitan decidir sobre qué tipo de intervención es más efectiva, son algunas de las razones para que el EAP realice investigación en Atención Primaria. Constituyen campos de investigación en APS las áreas clínica, epidemiológica y social, y la operativa, relacionada con la organización y evaluación de los servicios.

Gestión del Equipo de Atención Primaria

Introducción

La Atención Primaria, por su carácter universal y accesible al medio donde viven y trabajan los ciudadanos, representa un nivel de organización asistencial geográficamente disperso en pequeños centros de salud y consultorios locales, cuyo principal recurso tecnológico es el conocimiento de sus profesionales, altamente cualificados y con gran capacidad de decisión sobre las intervenciones sanitarias que se precisan para un mejor cuidado del paciente. A esta elevada capacidad de decisión sobre los recursos disponibles, se unen algunas circunstancias que justifican tanto la necesidad de realizar una adecuada gestión en APS como la dificultad para conseguirlo:

- **No existe evidencia científica para muchas de las intervenciones sanitarias** que se realizan en la práctica diaria.
- **Existe una gran variabilidad en la práctica clínica de los profesionales**, incluso en aquellas intervenciones para las que existe suficiente evidencia científica.
- **Para la mayoría de las intervenciones no existe un control previo en la toma de decisiones**, en función de la efectividad, eficiencia o aceptabilidad de la intervención, lo que impide un control del gasto *a priori*.

Si a estas circunstancias unimos la inexistencia de unos adecuados sistemas de información sobre las necesidades de salud de los diferentes grupos poblacionales y de la efectividad y eficiencia de las intervenciones realizadas, podremos comprender la complejidad de realizar una verdadera gestión en Atención Primaria.

Analizaremos en este capítulo la estructura de gestión de un EAP, la estructura de costes en un Centro de Atención Primaria, los principales agentes que intervienen y la realización de gestión clínica en un EAP.

Estructura de gestión del EAP

Coordinador/director del Equipo de Atención Primaria

El Real Decreto 137/84, de Estructuras Básicas de Salud, que inicia la reforma de la APS, establece la figura del coordinador médico del EAP, del que depende funcionalmente el personal del EAP. Este profesional, además de sus actividades asistenciales, tiene como función armonizar los criterios organizativos del conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios del EAP.

La figura del coordinador, dinamizadora de la actividad del equipo, aglutinadora de los profesionales, elemento transmisor de la política sanitaria hacia el EAP y de las reivindicaciones de éste hacia la gerencia, ha sido objeto de múltiples debates sobre su idoneidad para la gestión del EAP.

Efectivamente, este puesto se ha movido entre la esquizofrenia de ser el representante del equipo ante la administración o el representante de la administración en el EAP. Así, durante los primeros años de la reforma de la APS, el coordinador del EAP era elegido por el propio EAP y ratificado por la gerencia, por lo que los conflictos de intereses se dieron con facilidad. El coordinador carecía así de legitimidad moral para exigir al EAP el cumplimiento de los objetivos asistenciales establecidos por la gerencia. Posteriormente, la acuciante necesidad de controlar el incesante incremento del gasto sanitario hizo que a este puesto se le considerase un miembro más de la dirección en el EAP, descentralizando parte de las funciones gestoras asignadas a la gerencia.

Algunas comunidades autónomas con transferencias sanitarias establecieron desde el principio, en el ámbito de sus competencias, otra denominación y funciones para dicho puesto. Efectivamente, comunidades como Andalucía, Canarias o Navarra establecieron que el órgano unipersonal de dirección del EAP era el director de la Zona Básica de Salud.

• Funciones:

El director de la Zona Básica de Salud es el responsable de la prestación sanitaria dentro de la ZBS, de acuerdo con los planes, los programas y las directrices adoptados por los órganos competentes del Servicio Autonómico de Salud, así como el encargado de la gestión de los recursos humanos y materiales. Además de las funciones ya mencionadas, los directores de Zona tienen las siguientes atribuciones:

- Ostentar la representación oficial del Servicio en el ámbito de la Zona Básica de Salud, ejerciendo la superior autoridad dentro de los centros de Atención Primaria de la misma.
- Cumplir y hacer cumplir las disposiciones vigentes y los acuerdos adoptados por los órganos competentes del Servicio de Salud.
- Ostentar la Jefatura del Personal de la Zona Básica de Salud.
- Suscribir anualmente el Programa de Gestión Convenida de la Zona Básica de Salud, realizar su seguimiento y velar por su cumplimiento.
- Aquellas otras funciones acreditadas por los organismos competentes del Servicio de Salud, como centro de gas-

to y, por tanto, centro de gestión descentralizado dotado de autonomía de gestión.

• Carácter:

El puesto de director de Zona Básica de Salud, según las dimensiones y la estructura interna de la o las mismas sobre las que ostente la responsabilidad, podrá abarcar a más de una Zona Básica de Salud y tener un carácter mixto de gestor y asistencial, o, por el contrario, un único carácter de gestor.

Se dan de esta forma los primeros pasos para dotar a los Equipos de Atención Primaria de una estructura directiva con capacidad para realizar una verdadera gestión dentro del EAP. Analizaremos más adelante la capacidad real de gestión de dichos profesionales.

El Responsable/adjunto de Enfermería/subdirector del Equipo de Atención Primaria

Además del coordinador médico del EAP, se crea la figura del responsable o adjunto de enfermería en el EAP, como apoyo al primero y elemento aglutinador del grupo profesional de enfermería. Este profesional comparte con el primero las funciones organizativas y dinamizadoras dentro del EAP, aunque centrándose fundamentalmente en el personal de enfermería.

Se crea en la práctica una coordinación bicefálica dentro de los EAP que no beneficia el normal desarrollo de las actividades de gestión. Aunque, sobre el papel, el coordinador médico es, como vimos antes, el responsable de armonizar los criterios organizativos sobre el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, en la práctica, el responsable/adjunto de Enfermería es el que interactúa con este grupo profesional y el coordinador médico con el resto. El ejercicio de ambos puestos, lejos de presentar criterios unificados de actuación, ha estado lleno de desencuentros durante estos 20 años de reforma de la APS.

Esta organización, propia de las burocracias profesionales, establece la estructura directiva en base a sus grupos profesionales más que en relación con las diferentes áreas funcionales de la organización, y es, probablemente, una respuesta mimética de la estructura directiva de las gerencias, con sus direcciones médicas, de enfermería y de gestión.

En algunas comunidades autónomas, como la Canaria, se ha dado un paso más en la dirección de unificar la línea directiva dentro de los EAP, estructurándola en una dirección y una subdirección de la Zona Básica de Salud a proveer entre los profesionales sanitarios de la ZBS (Decreto 117/1997, de 26 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de las Zonas Básicas de Salud en la comunidad autónoma de Canarias).

• Funciones:

Son funciones de la subdirección de la Zona Básica de Salud las siguientes:

- Apoyo al director de la Zona Básica de Salud en la planificación, supervisión de la ejecución y evaluación de las actividades realizadas por el Equipo y del cumplimiento del programa de gestión convenida.
- Administración del personal, gestión de los suministros y mantenimiento del Centro de Atención Primaria y consultorios de la Zona Básica de Salud.
- Sustituir al director de la Zona Básica de Salud en caso de ausencia, vacante o enfermedad.

d. Cuantas otras le sean atribuidas por órgano competente.

De esta forma, se consiguen los principios de jerarquía, unidad de mando y unidad de acción necesarios para el adecuado funcionamiento de cualquier empresa de organización vertical. Pero no debemos olvidar que la autoridad no la da la jerarquía, ésta es un reconocimiento formal de la organización, mientras que la primera es un reconocimiento informal de los profesionales, que valoran el buen hacer del directivo.

La gestión económica de un Centro de Atención Primaria

La gestión económica de un Centro de Atención Primaria requiere conocer cuál es la estructura de costes del mismo y, en relación con su presupuesto, determinar sobre qué variables debe actuar-se para un adecuado control del mismo. Generalmente, la asignación y gestión del presupuesto en APS se realiza en gerencia (Distrito en Andalucía, Región Sanitaria en Cataluña, Comarca Sanitaria en el País Vasco), en la Zona Básica de Salud. Sin embargo, con el fin de promover la cultura de la gestión entre los coordinadores/directores de Zona y profesionales de los centros de salud, se acuerda un presupuesto virtual, facilitándoles información sobre el presupuesto inicial y los gastos periódicos incurridos por el centro.

Concepto de coste

Entendemos por **coste de un producto o servicio** el valor de todos los bienes y servicios que se consumen para obtenerlo¹². Así, el coste de la atención de un paciente en un centro de salud podría contemplar el coste del tiempo de dedicación de todo el personal, sanitario y no sanitario, con el que ha interactuado; de los equipos de diagnóstico utilizados; de las pruebas complementarias solicitadas; del tiempo de los especialistas consultados; de la medicación consumida; de la baja laboral por incapacidad temporal (IT), y de una parte del coste de funcionamiento del centro (limpieza, seguridad, consumos de agua y electricidad, comunicaciones, mantenimiento de equipos, etc.).

Existen diferentes formas de clasificar los costes, en función del análisis que quiera realizarse. Para el fin que nos proponemos, interesa clasificar los costes, según el grado de afectación por el nivel de actividad del centro, en **costes fijos** y **costes variables**.

Los costes fijos, desde el punto de vista de los costes totales, esencialmente no se modifican según el nivel de actividad, como es el caso de los costes de personal del centro de salud, mantenimiento de aparatos, limpieza, seguridad, etc. De esta forma, en el ejemplo anterior, el coste total del salario del personal contratado no se modifica por el hecho de que acudan más o menos pacientes al centro de salud. Sin embargo, los costes variables, desde el punto de vista de los costes totales, sí aumentan proporcionalmente con el incremento de actividad, como pueden ser los gastos de pruebas complementarias, interconsultas, farmacia e incapacidad temporal.

Si contemplamos los costes fijos desde la óptica de los costes por unidad de actividad observaremos que disminuyen tanto más cuanto mayor sea la actividad. Así, cuantos más pacientes vea un profesional al mes, tanto menor será el coste de personal por paciente atendido. Por el contrario, los costes variables, contemplados desde la perspectiva de costes por unidad de

actividad, se mantienen constantes para cualquier volumen de actividad. Así, por muchos más pacientes que atendamos, el coste de una prueba complementaria o el coste de un medicamento no variarán.

Existen algunos productos o servicios (electricidad, agua, comunicaciones, etc.) que tienen unos costes con un componente fijo (potencia contratada, equipos de medición, líneas telefónicas, etc.) y otro variable, en función del consumo.

Otra forma de clasificar los costes nos permite diferenciar entre los costes necesarios para el funcionamiento del centro o **costes directos** (personal y consumo de bienes y servicios), los derivados de los elementos de control y supervisión, **costes indirectos** o de gestión, y los **costes inducidos** a otros niveles (farmacia, pruebas complementarias e interconsultas a Atención Especializada).

El **presupuesto** es una herramienta de gestión, a la vez que el marco jurídico y financiero de referencia para las actuaciones de un centro de gasto previstas en un período de tiempo determinado, generalmente un año, y autoriza el gasto de los recursos para dichas actuaciones. El presupuesto cubre todas las actividades y áreas de un centro, que quedan reflejadas en partidas presupuestarias. Estas partidas se agregan piramidalmente en cinco niveles. El nivel de agregación máximo del presupuesto es el de capítulos, diferenciándose un total de nueve capítulos en la Administración Pública española.

Así, los costes de la atención a un paciente en un centro de salud pueden imputarse, desde el punto de vista presupuestario, a gastos de personal (capítulo I); a gastos corrientes en bienes y servicios (capítulo II), por consumo de material fungible, gastos de funcionamiento del centro, etc.; a transferencias corrientes (capítulo IV), para el pago de la factura de medicamentos en las comunidades autónomas donde se impute a la APS; y a inversiones reales (capítulo VI) para la adquisición de material inventariable.

Sin embargo, no pueden imputarse al presupuesto de un centro gastos externos al mismo, como los generados al presupuesto de la Atención Especializada (gastos de personal [capítulo I] y de pruebas complementarias [capítulo II]); al de los servicios centrales de algunas comunidades autónomas, para el pago de la factura de medicamentos (capítulo IV), o al del Ministerio de Trabajo (coste de la incapacidad temporal). No obstante, si el objetivo que se persigue es corresponsabilizar a los profesionales de la trascendencia que sus decisiones tienen, no sólo sobre los gastos imputables al centro o a la gerencia, sino al conjunto del Sistema Sanitario y de prestaciones Sociales relacionadas con la salud, parece totalmente adecuado elaborar unos presupuestos virtuales que contemplen todos los costes que se comprometen desde Atención Primaria.

Estructura de costes de un Centro de Atención Primaria

Algunos autores¹³ encontraron la siguiente distribución de costes en 10 centros de Atención Primaria de Cataluña en el año 1995: **costes directos** (personal 29.9% y bienes y servicios 4%), **costes indirectos** (de gestión 1.5%), y **costes inducidos** a otros niveles, que representan el 64.6% (farmacia 54.4%, pruebas complementarias 3.8%, interconsultas a Atención Especializada 6.4%).

Si realizamos una aproximación al coste de la IT, como el producto de la base media de cotización por los días en bajas

de las altas de cada mes, podemos observar que el coste anual de dicha prestación es equiparable al coste de farmacia.

En la Tabla 3.2 se presenta la estructura de costes en el año 2003 de quince Centros de Atención Primaria, representativos del conjunto de treinta y siete centros de la gerencia de Atención Primaria de Tenerife, del Servicio Canario de la Salud. No se recogen costes de pruebas complementarias ni de interconsultas a especialistas, por no disponer de dicha información, aunque, como vimos anteriormente, dichos costes no superan el 10% del total.

Con el fin de identificar los «costes vitales» en la gestión de un centro de salud, se construye un gráfico de Pareto con los datos antes expuestos. En primer lugar, se calcula el porcentaje de coste que cada capítulo representa sobre el total de costes, luego se ordena de mayor a menor y, por último, se calcula el porcentaje acumulado (Figura 3.1).

De esta forma, puede observarse que la incapacidad temporal y la prescripción farmacéutica representan más del 80% del coste total, mientras que los gastos de personal (capítulo I) y los realizados en bienes y servicios (capítulo II) representan menos del 15%. Además, los primeros son susceptibles de gestión, mientras que los segundos se consideran prácticamente gastos fijos, con poca capacidad para intervenir sobre éstos. Efectivamente, mientras que sobre el gasto farmacéutico y la IT existe margen para la eficiencia, sobre la gestión de personal existe poco margen de maniobra, dado que más del 75% del coste lo genera la plantilla fija, y, dada la gran dispersión de los centros y la amplia distribución horaria de su jornada labo-

ral, las sustituciones de personal son casi obligadas si quiere mantenerse la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios básicos.

Aunque, como dijimos antes, tanto el coste de IT como el de farmacia representan gastos a otros niveles de la organización o a otras instituciones, es necesario contemplarlos en un presupuesto virtual, pues, si la información para la gestión de un centro de Atención Primaria incluyera sólo aquellos costes que pueden imputarse al presupuesto del mismo, se perdería la mayor parte de la capacidad de gestión de dicho centro. En lo referente a la incapacidad temporal, existe un convenio de colaboración entre los Servicios Autonómicos de Salud y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), por el que los primeros reciben unos ingresos en concepto de eficiencia en la gestión de la incapacidad temporal. Por otro lado, el gasto farmacéutico supone una prioridad de todos los gobiernos regionales, dado que representa más del 20% del gasto sanitario español, con incrementos anuales muy por encima del PIB nominal, lo que limita el crecimiento de otros capítulos del gasto.

Principales agentes del gasto en un Centro de Atención Primaria

A la vista de la estructura de costes de un Centro de Atención Primaria, el médico de familia puede identificarse como principal agente decisor sobre el gasto sanitario. Efectivamente, el **médico de familia** es el profesional que decide sobre la necesidad de realizar una determinada prueba complementaria,

Tabla 3.2. Estructura de costes de 15 Centros de Atención Primaria (año 2003)

CAP	CAPÍTULO I	CAPÍTULO II	CAPÍTULO VI	FARMACIA	IT	TOTAL	POBLACIÓN
1	1 183 328	126 177	9535	3 109 553	4 947 552	9 376 144	20 539
2	864 072	112 627	13 224	2 888 216	2 337 732	6 215 870	11 272
3	382 686	55 473	8469	1 134 058	1 104 552	2 685 237	4 179
4	1 045 157	199 928	5947	3 218 949	4 873 176	9 343 157	21 357
5	1 107 338	187 406	7172	4 122 615	4 873 176	10 297 707	18 196
6	460 297	87 191	8595	1 436 524	1 693 476	3 686 083	9 339
7	1 187 751	173 980	7010	4 620 923	4 548 744	10 538 408	22 616
8	1 279 906	126 930	7713	5 926 595	5 256 000	12 597 145	25 003
9	1 036 060	224 081	17 037	3 649 731	3 673 332	8 600 240	14 893
10	2 150 321	294 631	15 771	6 744 351	10 032 660	19 237 734	33 814
11	1 590 766	305 763	12 870	5 799 571	5 117 508	12 826 477	22 068
12	1 872 490	313 370	25 833	8 797 573	5 430 132	16 439 398	29 755
13	1 207 834	137 625	4146	5 740 477	4 536 540	11 626 623	22 975
14	981 284	130 396	17 558	2 405 265	1 626 120	5 160 623	9 243
15	884 424	84 593	34 077	2 330 631	3 822 408	7 156 132	17 445
TOTAL	17 233 712	2 560 170	194 957	61 925 032	63 873 108	145 786 979	282 692
%	11.8	1.8	0.1	42.5	43.8	100.0	

Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de la Salud.

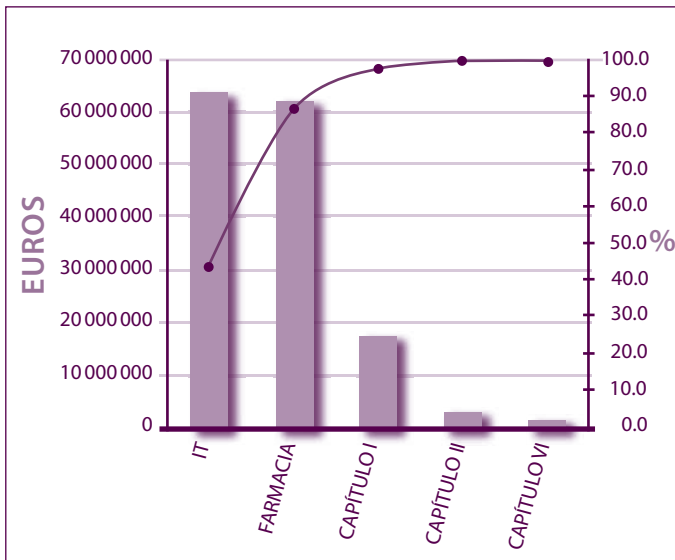


Figura 3.1. Estructura de costes de quince CAP. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (año 2003).

prescribir un determinado fármaco o indicar una baja laboral y, por tanto, el profesional que **decide más del 80% del gasto en Atención Primaria.**

En medicina se observa con frecuencia que una misma enfermedad, problema de salud o condición clínica puede abordarse mediante diferentes tipos de intervenciones, que generan controver-

sia entre los profesionales y producen una gran variabilidad en su aplicación en la práctica clínica¹⁴⁻¹⁶. Esta variabilidad en la práctica clínica se traduce tanto en la dificultad para prever los resultados esperables en términos de salud, como en los costes asociados a la utilización de los recursos.

Si bien el médico de familia es el principal agente decisor del gasto sanitario, entre los factores que influyen en su práctica clínica algunos dependen del propio profesional, mientras que otros son externos al mismo (población asignada, organización de la asistencia, administración sanitaria, proveedores sanitarios, etc.).

a. Factores asociados al profesional sanitario:

La edad, el sexo, la formación posgraduada y continuada, los años de ejercicio profesional, la motivación, la disponibilidad de recursos y el trabajo en el ámbito rural constituyen algunos de los factores que se han ligado a la toma de decisiones del médico de familia¹⁵⁻¹⁷.

Ayudar al médico de familia en la toma de decisiones, en base a su efectividad y eficiencia, se convierte en una prioridad del sistema sanitario. Con el fin de disminuir dicha variabilidad en la práctica clínica y mejorar los resultados, suelen incorporarse a los programas de salud protocolos o guías de práctica clínica.

1. El protocolo clínico está basado en el consenso de profesionales de prestigio, en situaciones donde existe controversia en la aplicación de una determinada práctica clínica y no existe evidencia científica concluyente al

Tabla 3.3. Gasto farmacéutico de quince Centros de Atención Primaria (año 2003)

CAP	Importe facturado activo	Importe facturado pensionista	Importe total	Recetas activo	Recetas pensionista	Población activa	Población pensionista
4	1 504 287	1 714 662	3 218 949	99 447	104 437	19 737	1 620
15	1 198 377	1 132 254	2 330 631	82 216	67 929	16 019	1 426
1	1 435 580	1 673 973	3 109 553	104 394	99 366	18 592	1 947
10	2 578 686	4 165 665	6 744 351	175 851	236 466	29 211	4 603
5	1 614 496	2 508 119	4 122 615	112 421	150 238	15 565	2 631
6	540 909	895 614	1 436 524	43 113	57 736	7 911	1 428
7	1 641 227	2 979 696	4 620 923	113 697	180 745	18 994	3 622
9	1 102 533	2 547 198	3 649 731	84 096	163 767	11 997	2 896
13	1 806 195	3 934 282	5 740 477	125 827	251 066	18 292	4 684
8	1 672 923	4 253 673	5 926 595	113 097	255 330	19 251	5 752
12	2 645 358	6 152 216	8 797 573	188 990	403 804	22 660	7 095
14	746 643	1 658 623	2 405 265	55 773	105 861	6 888	2 355
3	297 913	836 144	1 134 058	19 628	49 562	3 095	1 084
2	807 498	2 080 718	2 888 216	56 676	128 308	8 290	2 982
11	1 506 085	4 293 486	5 799 571	108 922	259 680	16 189	5 879
TOTAL	21 098 710	40 826 321	61 925 032	1 484 148	2 514 295	232 690	50 002

Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de Salud.
Importe expresado en euros.

respecto. Sería un error querer protocolizar cualquier tipo de actividad asistencial o pensar que los centros deben elaborar sus propios protocolos, subestimando la propia complejidad del proceso de elaboración. La implantación por los diferentes centros de protocolos diagnósticos y/o terapéuticos inadecuados puede dar carta de naturaleza a diversos patrones de variabilidad.

- Las guías de práctica clínica son un «conjunto de recomendaciones, basadas en la revisión sistemática de la evidencia científica, diseñadas para ayudar tanto a los profesionales como a los usuarios a seleccionar las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de una condición específica en unas circunstancias determinadas»¹⁸. La elaboración de guías de práctica clínica conlleva un cuidadoso y complejo plan de trabajo para el diseño, la planificación y la ejecución. No debemos olvidar, no obstante, que disponer de una guía de práctica clínica no garantiza su cumplimiento¹⁹.

b. Factores asociados a la población:

Algunas características poblacionales afectan a la percepción y vivencia de enfermedad, y al mayor o menor consumo de recursos, como son la carga de morbilidad, la edad, el sexo, el grupo étnico, la religión, el nivel educativo y de renta, la condición de activo o pensionista, etc. Veamos, a continuación, cómo afectan algunas de estas características a los dos principales capítulos de gasto de un CAP, el gasto farmacéutico y la IT:

- A partir de los datos de gasto farmacéutico generado en quince Centros de Atención Primaria en el Área de Salud de Tenerife en 2003 (Tabla 3.3), podemos observar en qué medida el gasto farmacéutico por habitante está directamente relacionado con el total de población pensionista de una zona de salud (Figura 3.2).

Si a partir de dicha tabla se calculan algunos indicadores (porcentaje de población según carácter de activo o pensionista, importe y número de recetas por tipo de población), podemos observar lo siguiente (Tabla 3.4):

- Existen importantes diferencias en la composición de las poblaciones adscritas a los distintos centros de salud. Así, mientras unos centros tienen un 8% de población pensionista otros llegan al 27%, lo que conlleva que el gasto farmacéutico realizado por pensionista oscile entre el 49% y el 74% del total. Estas diferencias poblacionales deben considerarse a la

hora de establecer presupuestos de gasto farmacéutico para los diferentes cupos médicos.

Así, podemos observar que la condición de pensionista, relacionada probablemente con la edad y morbilidad asociada a dicha situación y, cómo no, con la gratuidad de la medicación, está directamente relacionada con el gasto farmacéutico.

- No se observan importantes diferencias en el gasto medio por receta entre activos ni entre pensionistas, aunque sí en el gasto medio anual de activos y pensionistas entre los diferentes centros de salud. Esta diferencia de gasto se corresponde perfectamente con el número de recetas anuales prescritas en ambos tipos de pacientes (Figura 3.3).

Estos indicadores deben tomarse con precaución en Zonas de Salud con grandes variaciones de población (zonas turísticas), dado que incrementan los numeradores (importe, número de recetas) sin aumentar los denominadores (población adscrita).

Habría que estudiar si la variabilidad en el número de recetas prescritas por pensionista se debe a diferencias en la morbilidad de dicha población en las diferentes zonas de salud o a factores asociados a los profesionales sanitarios que allí trabajan. En una sociedad desarrollada en la cultura del poder curativo de los fármacos y cada vez menos proclive a mejorar su estado de salud con cambios en hábitos y estilos de vida, los médicos de familia tienen cada vez mayor dificultad para concluir una consulta sin realizar una prescripción farmacéutica. Por otro lado, el médico de familia debe coordinar los diferentes tratamientos que las personas mayores, a lo largo de los numerosos y parciales contactos asistenciales con los diferentes especialistas, van acumulando. Probablemente sea necesario el concurso de algunos especialistas, como internistas o geriatras, con la finalidad de intervenir como consultores en estos pacientes continuamente sintomáticos, pluripatológicos, polimedcados, con diagnóstico no demorable o de mantener una adecuada continuidad asistencial en caso de ingreso hospitalario²⁰⁻²¹.

Por último, hay que señalar la dificultad que entraña la interpretación de estos indicadores, cuya fuente de información son los datos informatizados procedentes de la receta médica, si no se correlacionan con la morbilidad e indicación para la cual fueron prescritos.

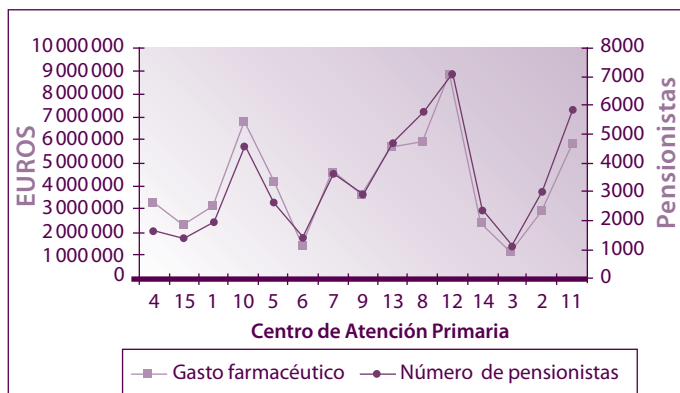


Figura 3.2. Relación entre gasto farmacéutico y pensionistas adscritos. GAP Tenerife (año 2003).



Figura 3.3. Relación entre gasto farmacéutico anual por pensionista y número de recetas anuales por pensionista. GAP Tenerife (año 2003).

Podemos concluir diciendo que, para un adecuado control del gasto farmacéutico, es necesario partir de unos presupuestos realistas, teniendo en cuenta las diferentes características de la población, y que el elemento fundamental en el control del gasto farmacéutico es realizar una prescripción racional de medicamentos a los pensionistas, valorando permanentemente la efectividad de todos aquellos que el paciente va recibiendo en sus múltiples contactos con el sistema sanitario.

2. En lo relativo al gasto por incapacidad temporal, se observa que el régimen de afiliación a la Seguridad Social, general o especial (autónomo, agrario, del mar, empleadas del hogar), está asociado a una diferente duración de los procesos de incapacidad temporal, menor en los del régimen general²²⁻²³. Este hecho podría estar asociado a una diferente morbilidad entre dichos colectivos o a otras características sociolaborales y económicas. Por otro lado, los pacientes con trastornos musculoesqueléticos y psiquiátricos son los que generan procesos de incapacidad temporal

de una mayor duración media, aunque sean los trastornos respiratorios y musculoesqueléticos los más frecuentes.

c. Otros factores externos al profesional:

1. En lo relativo al gasto farmacéutico:

El Real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre, que regula la receta médica establece una validez de la receta médica de 10 días y sólo es válida para una dispensación, excepto en los tratamientos de larga duración, generando numerosas visitas innecesarias al médico de familia tan sólo para renovar la medicación prescrita. Con el fin de minimizar este tipo de visitas con frecuencia se desarrollan estrategias organizativas en los centros de salud que finalmente incrementan el gasto farmacéutico. Así, numerosos profesionales realizan de una sola vez la prescripción de todos los envases necesarios para varios meses de tratamiento, lo que incrementa el gasto, dado que el paciente debe retirar en el plazo de diez días toda la medicación prescrita. Aunque el paciente dejara de

Tabla 3.4. Gasto farmacéutico de quince centros de Atención Primaria (año 2003)

CAP	Porcentaje población activa	Porcentaje población pensionista	Importe receta activo	Importe receta pensionista	Importe/activo	Importe/pensionista	Número de recetas/activo	Número de recetas/pensionista	Porcentaje de importe pensionista/total
4	92	8	15.13	16.42	76.22	1.059	5	64	53
15	92	8	14.58	16.67	74.81	794	5	48	49
1	91	9	13.75	16.85	77.22	860	6	51	54
10	86	14	14.66	17.62	88.28	905	6	51	62
5	86	14	14.36	16.69	103.72	953	7	57	61
6	85	15	12.55	15.51	68.38	627	5	40	62
7	84	16	14.44	16.49	86.41	823	6	50	64
9	81	19	13.11	15.55	91.90	880	7	57	70
13	80	20	14.35	15.67	98.75	840	7	54	69
8	77	23	14.79	16.66	86.90	740	6	44	72
12	76	24	14.00	15.24	116.74	867	8	57	70
14	75	25	13.39	15.67	108.39	704	8	45	69
3	74	26	15.18	16.87	96.26	771	6	46	74
2	74	26	14.25	16.22	97.41	698	7	43	72
11	73	27	13.83	16.53	93.03	730	7	44	74

tomar la medicación en el intervalo entre revisiones (por intolerancia, cambio de medicación por el especialista, etc.), el gasto ya se habría realizado.

Por tanto, se hacen necesarias modificaciones legislativas que eviten visitas innecesarias al médico de familia y que faciliten la retirada de la medicación autorizada entre dos revisiones médicas sin necesidad de obtener nuevas recetas. Quizá la receta electrónica constituya una alternativa factible en un futuro próximo.

Por otro lado, la presión de la industria farmacéutica sobre el médico de familia condiciona en muchas ocasiones la prescripción de nuevas especialidades farmacéuticas que poco o nada aportan a las ya existentes en el mercado. Aunque la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento regula la información y promoción de medicamentos a profesionales sanitarios y las contribuciones y subvenciones a reuniones, congresos o viajes de estudio, éstas se convierten de hecho en un elemento más de presión sobre el médico de familia. Así mismo, la información sobre medicamentos facilitada por la industria farmacéutica es, con frecuencia, la única que recibe el médico de familia frente a la ofrecida esporádicamente por la propia Administración Sanitaria.

2. En lo relativo a la incapacidad temporal:

El Real Decreto 575/1977 del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales que regula los aspectos de gestión y control de la incapacidad temporal y la Orden Ministerial de 19 de junio de 1997, que contemplan los diferentes modelos de los partes de baja, alta y confirmación, y la frecuencia de emisión necesaria para justificar la permanencia en dicha situación aumentan innecesariamente la burocracia sin mejorar la gestión de la misma.

Por otro lado, las limitaciones impuestas al médico de familia para la solicitud de pruebas complementarias, que obliga a remitir a determinados tipos de pacientes para estudio a la Atención Especializada y genera largas listas de espera, y la excesiva burocracia que impone innumerables trabas administrativas, alargan innecesariamente la duración de la incapacidad temporal y el consumo de medicación.

Se hace preciso aumentar la capacidad resolutoria del médico de familia, abriendo el amplio abanico de pruebas diagnósticas y disminuyendo las cargas administrativas a que éstos se ven sometidos. Para ello, es necesario, por un lado definir un catálogo de pruebas complementarias accesibles y eficientes en manos del médico de familia frente a la alternativa de remitir al paciente al especialista, y, por otro, modificar la normativa que regula la incapacidad temporal, adaptando el número de controles (partes de confirmación e informes complementarios) a la duración estimada de la incapacidad, y centrando la gestión de la IT en corregir la desviación de los principales procesos con relación a su duración estándar.

Por último, habría que traducir los objetivos de mejora de los diferentes indicadores de la IT al balance de ingresos y gastos de los centros de salud, si verdaderamente se desea la implicación de dichos profesionales en la gestión de la misma.

Gestión clínica en un EAP

La gestión clínica consiste en proporcionar a los pacientes los mejores resultados posibles en términos de salud (efectividad), mediante la utilización de tecnologías y procedimientos que hayan demostrado su capacidad de mejorar el curso clínico de la enfermedad (eficacia), con los menores inconvenientes y costes para el paciente y la sociedad en su conjunto (eficiencia)²⁴.

La gestión clínica, como estrategia, «pretende la responsabilización progresiva de los clínicos, especialmente los médicos, en la utilización de los recursos, y la introducción paulatina de los mecanismos de financiación e incentivación orientados a facilitarlos»²⁵.

La gestión clínica pretende conseguir los siguientes objetivos:

- Obtener los mejores resultados posibles en términos de salud para el paciente.
- Utilizar los recursos más adecuados para cada situación entre los recursos disponibles.
- Reducir la variabilidad entre proveedores y mejorar la eficiencia.

Se han desarrollado diversas guías o recomendaciones para el desarrollo de gestión clínica, como las elaboradas por el Servicio Andaluz de Salud²⁶ o por la Escuela Andaluza de Salud Pública²⁵, siendo aún pronto para valorar los resultados.

Como paso previo, para realizar gestión clínica, se requiere un estudio detallado de las **necesidades de salud de la población** y de las **actividades desarrolladas por el EAP** para satisfacerlas, sus **estrategias organizativas** y sus **costes**, con el fin de seleccionar las áreas de mejora. Éstas deben tener como fin mejorar tanto la efectividad como la eficiencia de las intervenciones, para lograr los mejores resultados en términos de salud con los menores costes posibles.

Necesidades de salud de la población

Para conocer las necesidades de salud de la población y planificar las actividades necesarias para satisfacerlas, suele recurrirse a diferentes fuentes de información (estudios de utilización de los servicios sanitarios, estudios de morbilidad atendida, encuestas de salud de la población, estadísticas de mortalidad, etc.).

Los **estudios de utilización** de los servicios de Atención Primaria proporcionan información del consumo de los diferentes recursos asistenciales, pero no necesariamente de las necesidades de salud de la población. Efectivamente, tanto la utilización como la frecuentación pueden estar influidas por otras variables diferentes a las necesidades de salud de la población (estructura por edad y sexo, condicionantes familiares, socioculturales y económicos, existencia de otros recursos asistenciales alternativos en la zona, estilos de práctica profesional, etc.), por lo que tienen que tomarse con cautela²⁷.

Los **estudios de morbilidad atendida** generalmente han utilizado la visita como unidad de análisis y la población general como denominador. Estos estudios miden, en definitiva, la morbilidad proporcional de todos los problemas atendidos, pero no la incidencia o prevalencia de los problemas de salud en la población, ni permiten la comparación entre diferentes poblaciones²⁸. Estos estudios pueden ser útiles para valorar la carga de trabajo, pero tienen escaso valor epidemiológico.

Las **Encuestas de Salud** son algunos de los instrumentos más relevantes para llevar a cabo la evaluación del impacto de las políticas sanitarias, tienen un cuidadoso diseño metodológico y proporcionan

información tanto sobre necesidades de salud de la población como sobre hábitos, estilos de vida y utilización de los servicios sanitarios (accesibilidad, intensidad de utilización y satisfacción de la población con los servicios sanitarios). En algunas Encuestas de Salud, como la realizada en Canarias en 2004, se han aunado esfuerzos con el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) para la coordinación de dicha encuesta con la Encuesta de ingresos y condiciones de vida de los hogares canarios. La introducción de nuevos contenidos o nuevas temáticas a explorar permite ampliar el campo de conocimiento y de análisis, con objeto de mejorar las políticas sociosanitarias. Las dimensiones que explora la Encuesta de Salud de Canarias 2004 son: autovaloración del estado de salud, morbilidad diagnosticada, consumo de medicamentos y automedicación, acceso y utilización de servicios sanitarios, prácticas preventivas, preferencias de la sociedad con respecto a la distribución de los recursos sanitarios, hábitos de vida, accidentalidad, restricción de actividades, calidad de vida relacionada con la salud, salud mental e incorporación del análisis de la salud desde la perspectiva de género.

La **Estadística de defunciones** según la causa de muerte aporta valiosa información sobre la mortalidad, atendiendo a la causa básica de la defunción por grupos de edad, sexo y otras variables de clasificación, sobre la distribución territorial de la misma, así como su evolución en el tiempo. De esta forma, el estudio de la misma genera conocimiento sobre un conjunto de causas de mortalidad de tipo biológico, económico, sanitario y social.

Actividades desarrolladas por los EAP para satisfacer las necesidades de salud de la población

Desde este punto de vista, para constituir la oferta de servicios de Atención Primaria, se han seleccionado aquellos problemas de salud prevalentes, prevenibles y con capacidad de actuación desde la Atención Primaria y se han escogido intervenciones clínicas basadas en la evidencia científica²⁸⁻³⁴ o en el consenso profesional, sin que se aprecien grandes diferencias en los servicios ofertados por los distintos Servicios Autonómicos de Salud³⁵. Sin embargo, la cartera de servicios de Atención Primaria no mide indicadores de salud de la población sino la cantidad y la calidad de los servicios prestados, aunque no su eficiencia ni la productividad de los recursos³⁶.

Estrategias organizativas de los EAP

Disponer de una cartera de servicios adecuada a las necesidades de la población es una condición necesaria pero no suficiente para mejorar los resultados en términos de salud. Para aumentar la cobertura y resolución de los problemas de salud existentes en la población, haciendo un uso adecuado de los recursos, es necesario poner en marcha diferentes medidas organizativas en el EAP³⁷⁻⁴⁰. Éstas, a menudo, han tenido como objetivo disminuir la frecuentación, reduciendo la presión asistencial y aumentando el tiempo de visita, como condición indispensable para emprender otras dirigidas a aumentar la efectividad de las actuaciones.

Entre las primeras, destacan:

- Organizar la actividad burocrática (renovación de recetas, IT), redefiniendo los procesos y delegando aquellas tareas que puedan ser realizadas por personal administrativo.
- Programar todas las visitas previsibles, concentrando el mayor número de actividades.
- Ofertar consulta telefónica.
- Identificar y manejar al paciente hiperutilizador.

- Mejorar la comunicación médico-paciente.
- Fomentar la corresponsabilización del paciente en su plan de cuidados.
- Formar a los profesionales en el manejo de problemas de salud mental.

Entre las segundas podemos citar:

- Identificar, organizar y gestionar los procesos asistenciales que tienen lugar en el centro de salud⁴¹⁻⁴³, favoreciendo el trabajo coordinado de los diferentes profesionales.
- Promover el trabajo multidisciplinar, potenciando el papel del personal de enfermería en la captación oportunista de población de riesgo, en la educación grupal y en el seguimiento de los pacientes crónicos, así como favoreciendo el apoyo de los recursos familiares y sociales a través de la trabajadora social.
- Segmentar la población diana según determinadas características (edad, sexo, morbilidad, etc.) y evaluar los servicios ofertados, tanto de tipo preventivo como curativo y tanto cuantitativa como cualitativamente. De esta forma, podrían detectarse y corregirse problemas de accesibilidad, tanto por exceso como por defecto; problemas de integralidad en el tipo de actividades proporcionadas; problemas de continuidad de cuidados a lo largo del proceso salud-enfermedad, y problemas de coordinación, tanto entre los diferentes profesionales del EAP como entre niveles asistenciales.
- Coordinar las actuaciones necesarias y cooperar con otros niveles asistenciales, con el fin de favorecer la realización de interconsultas únicas o de alta resolución⁴⁴, bien sea utilizando una metodología de discusión de casos con el especialista consultor²⁰, bien sea derivándolo al segundo nivel asistencial según protocolo consensuado.
- Desarrollar estrategias de búsqueda sistemática de la mejor evidencia científica existente con el fin de incorporarla a la práctica clínica, lo cual conlleva una cuidadosa metodología y requiere una adecuada formación y disponibilidad de recursos⁴⁵⁻⁴⁸. Esta tarea se ha simplificado muchísimo desde que existen recopilaciones de la mejor evidencia disponible para una atención efectiva en salud, siendo actualmente el verdadero problema la incorporación de la misma a la práctica diaria. Se hace preciso enlazar las versiones electrónicas de dichas publicaciones a las historias clínicas informatizadas, actualmente en desarrollo, para facilitar el acceso a la mejor evidencia científica en el momento de la toma de decisiones para determinadas condiciones clínicas.

Costes

Los costes de la actividad asistencial, como vimos anteriormente (Tabla 3.2), no deben incluir tan sólo los costes directos e indirectos de la prestación del servicio en Atención Primaria, sino también los costes inducidos a otros niveles asistenciales o instituciones, ya que suponen más del 80% del coste de la actividad realizada en este nivel asistencial. Sin embargo, este tipo de presupuestación por servicio presenta algunas debilidades¹³:

- No incorpora información clínica.
- No se corresponde con la realidad de los modelos de presupuestación general, donde los principales capítulos del gasto se presupuestan a otros niveles de la organización o incluso, fuera de ésta.

- Dificultad de manejo desde estructuras grandes y centralizadas.

La ausencia de información clínica en la presupuestación del centro de salud es la principal dificultad para la gestión clínica. Efectivamente, entre las diferentes características de la población adscrita, la morbilidad es la que condicionaba en mayor medida la utilización y el consumo de los recursos sanitarios y, sin embargo, todavía no se incorpora sistemáticamente a la presupuestación clínica.

Se hace necesario identificar los diferentes grupos de población que generan un isoconsumo de recursos con el fin de realizar los oportunos ajustes a la hora de presupuestar los diferentes equipos de Atención Primaria.

A diferencia de la atención hospitalaria, donde los Grupos de Diagnósticos Relacionados (GRD) se han utilizado ampliamente en nuestro país, en Atención Primaria aún no existe ningún sistema implantado a nivel de Servicios Regionales de Salud.

Entre los diferentes sistemas de clasificación de pacientes experimentados para predecir los isoconsumos de la atención ambulatoria, parece que los Grupos Clínicos Ajustados (ACG) son los que mejor determinan el comportamiento de las diferentes cohortes de pacientes atendidos⁴⁹⁻⁵¹. Los ACG evalúan el consumo de recursos efectuado por los pacientes, agrupados según perfil de morbilidad, a lo largo de un año. La unidad de análisis es el paciente, no la visita ni el episodio de enfermedad, y el sistema de clasificación de diagnósticos es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

En nuestro medio, los ACG se han validado como sistema de clasificación de pacientes, con gran capacidad explicativa con relación al número de visitas anuales y al coste variable (pruebas diagnósticas, interconsultas con Atención Especializada, gasto farmacéutico)⁵²⁻⁵⁶. En la segunda Conferencia Europea de ACG, celebrada en Bilbao en mayo de 2004, se presentaron numerosos estudios prospectivos realizados en Andalucía, Cataluña, País Vasco y Madrid, que confirmaron el poder predictivo de los ACG con relación al consumo de recursos para determinados grupos de pacientes.

Con la progresiva implantación de la historia clínica electrónica en todo el país se abre un futuro esperanzador para la obtención de los datos necesarios para elaborar un sistema de clasificación de pacientes que permita describir el perfil de usuarios y su relación con el consumo de recursos y, por tanto, un ajuste de riesgos en la toma de decisiones referida a la gestión de centros y proveedores.

Se precisa, así mismo, mejorar los sistemas de control de gestión pasando de una contabilidad presupuestaria a una contabilidad analítica, ya implantada desde hace años en muchos hospitales.

Acuerdo de gestión clínica

Con el fin de formalizar el compromiso de los clínicos en la gestión de los recursos y en la consecución de los objetivos, se elaboraron acuerdos de gestión entre la gerencia de Atención Primaria o equivalente y las diferentes unidades de provisión. Los contenidos del acuerdo de gestión de las unidades clínicas de Atención Primaria en Andalucía incluyeron, en 2003, los siguientes aspectos⁵⁷:

- Actuaciones de mejora sobre los procesos clínicos. Desarrollo del mapa de procesos.
- Formación e investigación.

- Población adscrita a la Unidad, ajustada por grupos de edad.
- Cartera de servicios que realiza la Unidad Clínica.
- Características de la oferta de servicios, incluyendo horarios.
- Ordenación funcional de la Unidad.
- Producción de servicios a realizar durante el período.
- Objetivos comunes: tiempo medio diario de consultas dedicado por los médicos, satisfacción de los usuarios, atención domiciliaria y prescripción por principio activo.
- Objetivos específicos: negociados entre los distritos de Atención Primaria y las propias unidades clínicas.
- Gestión económica.
- Normas de regulación del funcionamiento de la unidad clínica.
- Evaluación e incentivos.

Gestión del área de salud

A diferencia de la gestión clínica o microgestión, realizada por los profesionales sanitarios en los Equipos de Atención Primaria, la gestión en el Área de Salud o mesogestión tiene lugar lejos de la práctica clínica, siendo, fundamentalmente, una gestión economicofinanciera y de recursos humanos.

Además, según su ámbito de aplicación, público o privado, existen importantes diferencias en su desarrollo. Así, la gestión en el ámbito público tropieza con numerosas dificultades, entre las que podemos señalar⁵⁸⁻⁵⁹:

- No separación entre financiación y provisión de los servicios, con una fuerte integración vertical de sus actividades, un estricto control jerárquico y centralización en la toma de decisiones.
- Sometimiento al derecho público en las principales áreas de contenido económico, y necesidad de justificación previa a la toma de decisiones.
- Rigidez y centralización de la regulación laboral, con importantes limitaciones en la aplicación de incentivos.

Se hacían necesarias reformas legislativas con el fin de flexibilizar algunos de estos aspectos, sin poner en crisis los valores del Sistema Sanitario Público:

- Separando claramente la gestión de las estructuras políticas y de gobierno de las instituciones públicas, con el fin de dotar de una mayor autonomía a los gestores. A los primeros correspondería definir la visión, la misión y los valores de la Institución, y, a los gestores, decidir cómo llevarlos a cabo con la máxima eficacia y eficiencia.
- Flexibilizando el actual proceso de compra de bienes y servicios, que, en la Administración Pública, conlleva un complejo trámite administrativo que prima los principios de publicidad y concurrencia, con el fin de asegurar la igualdad y la no discriminación, sobre los de celeridad y eficiencia.
- Mejorando la propia gestión de los recursos humanos, flexibilizando la contratación y valorando su rendimiento mediante adecuados incentivos a la productividad.

Algunos de estos cambios, propuestos inicialmente por la «Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud» (1991), conocida como *Comisión Abril Martorell*, fueron posteriormente reiterados por la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados para la «Consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud» (1998).

Así, en el capítulo de «Organización y Gestión», esta última recomendaba:

- Impulsar la autonomía de gestión de los centros:
 - Configurándolos como organizaciones autónomas, independientes de los organismos responsables de la planificación, ordenación y financiación.
 - Extendiendo las nuevas formas de gestión a toda la red asistencial pública.
 - Controlando y mejorando la calidad de la asistencia, mediante un sistema de acreditación de centros y servicios sanitarios.
 - Impulsando la competencia entre proveedores en un mercado sanitario regulado, dotado de un sistema integrado de información.
- Otorgar a los ciudadanos un mayor protagonismo:
 - Reconociendo el derecho a la libre elección de proveedor.
 - Fomentando la participación social en todas las instituciones del sistema.
- Potenciar el protagonismo de los profesionales, abordando un nuevo régimen de personal, al objeto de:
 - Regular las peculiaridades del personal estatutario.
 - Fomentar la descentralización de los procesos de selección y promoción profesional.
 - Flexibilizar el régimen de dedicación.
 - Adecuar las plantillas a las necesidades efectivas de las instituciones.
 - Profesionalizar la función directiva.
 - Promover la ordenación específica de las profesiones sanitarias.
 - Adecuar las especialidades sanitarias a las necesidades asistenciales.

La incertidumbre sobre los resultados, la rigidez institucional y los costes políticos de todo proceso de cambio, pueden haber sido los responsables de la tímida reforma sanitaria que ha tenido lugar en España⁵⁸. A pesar de ello, en los últimos veinte años, se han ensayado diversas estrategias para mejorar la gestión pública, que recogen parcialmente dichas recomendaciones, como son el gerencialismo, la personificación jurídica de algunos centros sanitarios y la contratación externa⁶⁰:

- Los **modelos gerenciales** suponen la aplicación de la gestión empresarial al ámbito sanitario: desarrollo de sistemas de información sobre actividad y coste, identificación clara de responsabilidades sobre ambos aspectos, incentivación monetaria, gestión clínica y elaboración de planes estratégicos, articulados en torno a los contratos-programa o contratos de gestión.
- La **personificación jurídica** de los centros sanitarios pretende combinar los aspectos más ventajosos del mundo público y del privado. Así, manteniendo una personalidad pública, puede ostentar potestades administrativas, y, utilizando el derecho privado, aumentar la flexibilidad de funcionamiento en materia de contratación y personal.
- La **gestión indirecta** de los servicios sanitarios con proveedores externos, tanto con carácter lucrativo como no lucrativo, pretende favorecer la competencia entre proveedores. Así, el financiador público contrataría con diversos

proveedores sanitarios, trasladándole un cierto nivel de riesgos en su gestión.

Analizaremos, en este punto, tanto la gestión directa de los centros sanitarios públicos como las experiencias llevadas a cabo mediante nuevas fórmulas de gestión en Atención Primaria.

Gestión Directa de la APS en la sanidad pública

Hasta la publicación de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, la gestión de los centros sanitarios públicos tenía lugar mediante la denominada *gestión directa* por parte de los organismos que configuran la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas, mediante la fórmula jurídica de organismos autónomos de carácter administrativo y entes gestores de la Seguridad Social.

La Ley 15/1997 admite además cualquier forma jurídica para la gestión directa de los centros sanitarios, siempre y cuando tenga naturaleza o titularidad pública (Ente Público, Consorcio, Fundación, Sociedad Mercantil Pública, Entidad Pública Empresarial), y también recoge la gestión indirecta.

La diferencia fundamental entre los diferentes modelos de gestión directa estriba en el régimen jurídico de aplicación (público o privado), en el régimen de su personal (estatutario, funcionario o laboral) y en el régimen de contratación de bienes y servicios (texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, derecho mercantil, derecho civil).

Si bien dichos modelos de gestión surgen con la idea de crear mercados internos y de favorecer una competencia pública regulada, la realidad es que la dificultad para la separación efectiva entre financiador y proveedor sanitario podría minimizar dicho impacto. Efectivamente, al coincidir en la figura de los responsables políticos la dualidad de ser financiador y regulador al mismo tiempo que propietario de dichas fórmulas de gestión, existe la posibilidad de transferir las ineficiencias del proveedor sanitario al financiador público.

Gerencia como unidad organizativa

La gerencia de Atención Primaria es el órgano de dirección encargado de la programación, la ordenación, la supervisión, la gestión y el control de las actuaciones de los órganos de prestación de servicios de Atención Primaria. La gerencia es la unidad organizativa donde tiene lugar la gestión efectiva de los recursos destinados por el financiador para el cumplimiento de los objetivos asistenciales.

La fórmula organizativa más extendida en todo el territorio nacional es la de Gerencia de Atención Primaria que, durante años, ha demostrado su capacidad para alcanzar los objetivos asistenciales acordados en los contratos programa o contratos de gestión.

La estructura organizativa de las gerencias de Atención Primaria sigue un modelo de organigrama profesional similar al de los hospitales, con una gerencia en la cúspide, una dirección médica, de enfermería y de gestión, un *staff* asesor y una línea de directivos intermedios.

- Es función de la gerencia ordenar los servicios, impulsar las actividades dirigidas a la consecución de los objetivos establecidos y supervisar el cumplimiento de las líneas de actuación.

- Las direcciones médica y de enfermería tienen como misión gestionar su respectivo personal y garantizar que éste adquiera los oportunos conocimientos y habilidades que le permita normalizar la prestación del servicio. En una burocracia profesional como la sanitaria, el trabajo productivo está desarrollado por expertos, con una gran autonomía en la toma de decisiones, por lo que el trabajo directivo consiste fundamentalmente en facilitar la adquisición de los conocimientos y las habilidades y la adopción de modelos organizativos que permitan una mejor consecución de los objetivos asistenciales.
- La dirección de gestión desarrolla la gestión económico-financiera y los asuntos generales, así como el suministro y mantenimiento de toda la infraestructura productiva.
- El *staff* proporciona servicios de análisis (sistemas de control y evaluación) y servicios indirectos (asesoría jurídica, informática, etc.).
- La línea de directivos intermedios, entre la cúspide directiva y el núcleo operativo de profesionales de los centros de salud, puede ser más o menos amplia. Siempre contempla a los directores y subdirectores de Zona, como primer nivel jerárquico, y puede incluir subdirectores médicos, de enfermería y de gestión, en función del tamaño de la gerencia.

En Canarias existen experiencias de gerencia única en el Área de Salud desde 1996, englobando la gestión conjunta de la Atención Primaria y la Atención Especializada. Dicha fórmula organizativa se ha implantado por la necesidad de obtener un dimensionamiento adecuado en las islas no capitalinas, con una población protegida pequeña y reducidos efectivos asistenciales, sin que haya demostrado una mayor capacidad para alcanzar los objetivos contenidos en los contratos-programa que las dos gerencias de Atención Primaria de las Áreas de Salud de Tenerife y Gran Canaria.

Sin embargo, con el objetivo de avanzar en la coordinación entre niveles asistenciales, se está promoviendo en diferentes Servicios Regionales de Salud (Madrid, Valencia, Galicia, Castilla La Mancha y Murcia) la puesta en marcha de experiencias de gerencia única. Este modelo de gestión ha desatado fuertes críticas en el colectivo de médicos de familia, ante el temor de que empeore aún más la financiación de la Atención Primaria, ante el desbordado incremento del gasto sanitario hospitalario. Por otro lado, critican la extensión de un modelo que no ha mejorado la coordinación entre la Atención Primaria y la Hospitalaria, ni los resultados económicos ni la satisfacción de los usuarios (Comunicado Oficial de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria de 7 de febrero de 2005, accesible en http://www.semfyca.es/es/noticias/gerencia_unica.pdf).

Es posible que esta fórmula organizativa facilite al financiador la compra de paquetes integrados de prestaciones (preventivas, curativas y rehabilitadoras) para la atención de enfermedades, y a la gerencia la programación, gestión y supervisión de la efectiva realización de las mismas en sus diferentes centros de provisión, como un continuo asistencial, sin separación de niveles. Si bien *a priori* no deben existir elementos que hagan dudar de la bondad de una determinada fórmula organizativa, y ante la práctica imposibilidad de efectuar «experimentos» en la gestión de los servicios públicos, es necesario realizar el seguimiento de los aspectos que más

preocupan a las partes: la financiación de la Atención Primaria y la mejora en la coordinación primaria-especializada en la atención de los problemas de salud de la población.

Contrato-programa o contrato de gestión

El contrato-programa es el marco de referencia que permite vincular los objetivos anuales a alcanzar, en función de un plan de gestión, con los medios a emplear, con cargo a los presupuestos del Estado o de las comunidades autónomas. El plan de gestión fija los objetivos genéricos a alcanzar y la cartera de servicios, tanto en cantidad como en calidad, que debe desarrollarse. Tanto los objetivos como la oferta de servicios derivan del estudio de necesidades de salud recogidos en el correspondiente plan de salud.

Los contratos-programa comienzan a aplicarse al ámbito sanitario en 1993, y es a partir de 1999 cuando pasan a denominarse *contratos de gestión*. En algunos Servicios de Salud, se denominan *acuerdos de gestión, programa de gestión convenida*, etc.

Los apartados del contrato-programa varían poco en los distintos Servicios de Salud, siendo los correspondientes al INSALUD⁶¹:

- Población protegida.
- Oferta asistencial.
- Financiación.
- Programas y actividades asistenciales.
- Gestión de la calidad.
- Gestión de la prestación farmacéutica.
- Incapacidad temporal.
- Sistema de información-informatización.
- Implicación e incentivación de los profesionales.
- Coordinación primaria-especializada.

Este marco de referencia permite establecer un compromiso anual entre proveedor y financiador, donde el primero adquiere un conjunto de obligaciones a cambio de la correspondiente financiación. Antes de alcanzar este compromiso, existe una fase previa de negociación y de pacto, para lo cual es necesario disponer de unos adecuados sistemas de información que contemplen, al menos:

- Una base de datos de clientes fiable: en este caso, se usa la base de datos poblacional de tarjeta sanitaria individual, por ser más sensible a los cambios poblacionales que la información censal.
- Un conjunto básico y homogéneo de servicios a ofertar, que constituya la cartera de servicios en Atención Primaria.
- Unos criterios de asignación de recursos que recojan aquellas variables poblacionales que más influyan en el consumo de los mismos.
- Un sistema homogéneo de imputación de costes a los diferentes centros de producción.
- Un sistema de evaluación del cumplimiento de los objetivos prefijados.
- Un sistema de incentivación que permita estimular el cumplimiento de los objetivos acordados.

En el año 1997, se introduce como novedad la firma de un contrato clínico-asistencial entre la gerencia de Atención Primaria y cada Unidad de Provisión (Centro de coste, Unidad de gestión clínica, etc). Este proceso de descentralización de la

gestión tiene como objetivo la progresiva implicación de los clínicos en los resultados de la empresa, tanto a nivel asistencial como económico y de satisfacción de los ciudadanos.

Las metas, los indicadores y los objetivos recogidos en el contrato-programa precisan de su correspondiente seguimiento y evaluación, monitorizando periódicamente la consecución de los resultados obtenidos. Inicialmente, esta monitorización fue de carácter trimestral, hasta el año 1997; posteriormente, semestral, y, finalmente, para el año 2001, fue anual. La complejidad y el coste de la monitorización es una importante dificultad para mantener intervalos de evaluación cortos pero, por otra parte, intervalos anuales son demasiado largos para poner medidas correctoras que permitan alcanzar los objetivos propuestos en caso de detectar una desviación. La progresiva informatización de las consultas de Atención Primaria permitirá en breve una evaluación continua y permanente de los objetivos pactados.

Si bien en la mayoría de los Servicios de Salud los contratos-programa tienen un carácter anual, la tendencia futura es la de realizar pactos plurianuales, como en el caso de Andalucía, donde se acuerda un horizonte a cuatro años de metas y objetivos a alcanzar, marcado por el Plan andaluz de salud y por las líneas estratégicas de la Consejería de Salud⁵⁷.

Gestión económica en el Área de Salud

La asignación y gestión real del presupuesto en APS se realiza, tal y como vimos anteriormente, a nivel de gerencia (Distrito en Andalucía, Región Sanitaria en Cataluña, Comarca Sanitaria en el País Vasco). La gestión económica en el Área de Salud requiere, al igual que un Centro de Atención Primaria, conocer cuál es su estructura de costes y, en relación con su presupuesto, determinar sobre qué variables debe actuarse para un adecuado control del mismo.

El presupuesto de ingresos y gastos de las gerencias de Atención Primaria varía poco de unos servicios de salud a otros, contemplando tan sólo aquellos capítulos presupuestarios que gestiona directamente. En todas las gerencias se gestiona el capítulo I (personal) y el capítulo II (gastos corrientes en bienes y servicios), algunas incluyen el capítulo VI (inversiones) y, en otras, se presupuesta también el capítulo IV (destinado fundamentalmente al pago de la prestación farmacéutica).

En el caso de que no incluya el presupuesto de farmacia, la distribución por capítulos es del 89% para atender los gastos de personal, del 10% para gasto corriente en bienes y servicios y del 1% para inversiones. Si se incluye el gasto en medicamentos, el porcentaje de gastos de personal desciende hasta el 34%, frente al 61% del primero⁶¹.

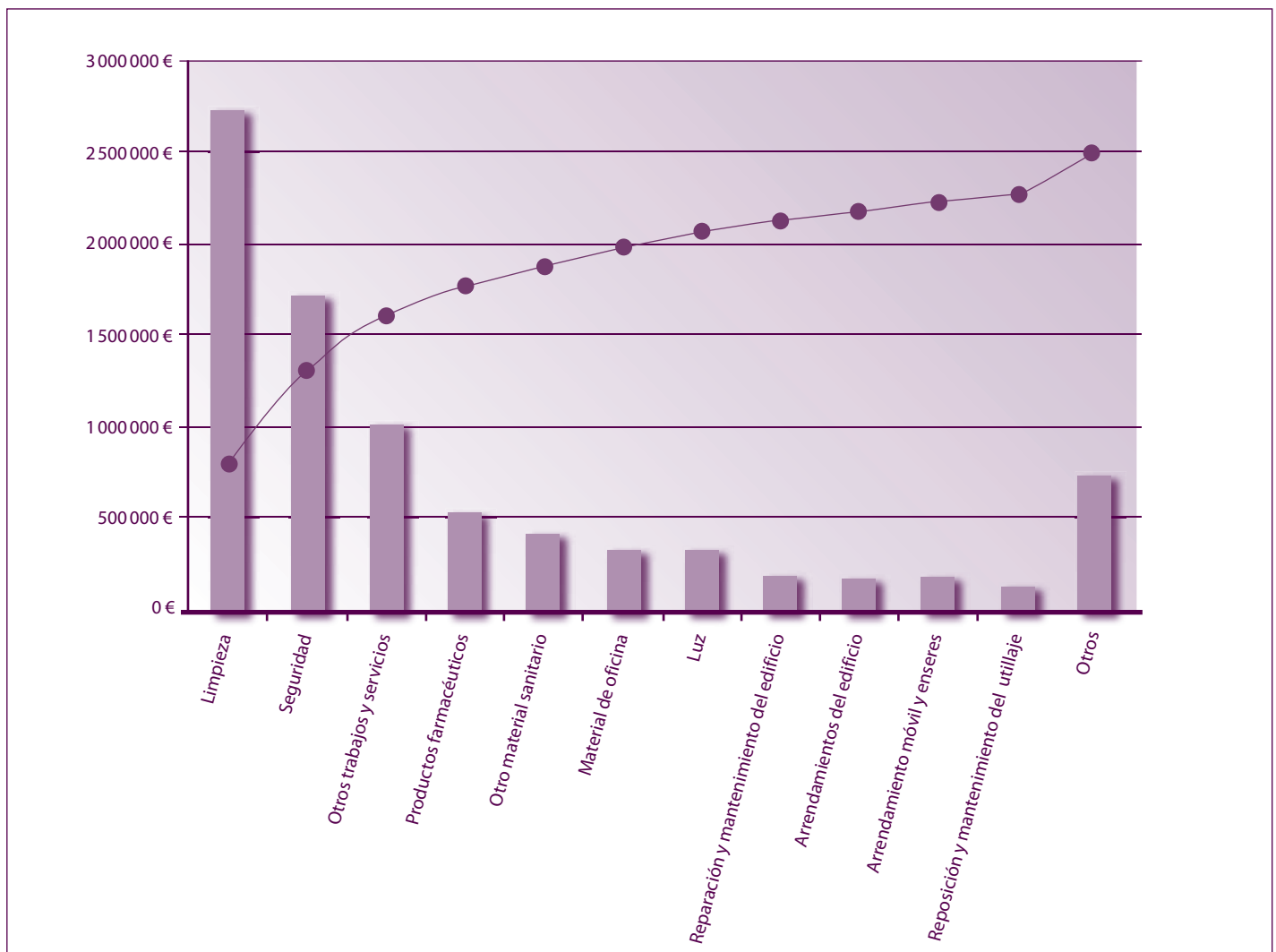


Figura 3.4. Distribución del capítulo II. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (2004).

Si se tiene en cuenta que los gastos de personal son, en su mayoría, gastos fijos, pues tan sólo el 10% se destina a sustituciones de personal, y que por la gran dispersión que caracteriza la Atención Primaria la sustitución del personal es casi obligatoria, se comprende la escasa capacidad de gestión sobre este capítulo del gasto.

En cuanto al gasto corriente observamos que, en su mayor parte, es debido a gastos de limpieza, seguridad, trabajos realizados por otras empresas, mantenimiento de los centros, así como al suministro de material sanitario y de oficina. Podemos observar, en una gráfica de Pareto como estos epígrafes suponen más del 80% de todo el gasto corriente siendo, en su mayor parte, gastos fijos (Figura 3.4).

Es una constante en la prestación de servicios públicos encontrar importantes niveles de contratación externa, especialmente para subprocesos productivos concretos (mantenimiento, procesos de alta tecnología, gestión de la información, limpieza, restauración, etc.), que no suponen el objeto de producción de la empresa dado que, en general, se observa una mayor eficiencia en este modelo de prestación.

Es necesario avanzar en sistemas de contabilidad analítica en relación con los diferentes subproductos de la Atención Primaria, como base para la comparación entre centros y la incentiación de los profesionales.

En resumen, la gestión en una gerencia de Atención Primaria es, fundamentalmente, una gestión de recursos humanos, tanto por cuantía económica como por la influencia que estos tienen sobre el mayor capítulo del gasto, el de farmacia. Esta gestión es, en esencia, liderazgo, dirección, motivación, *empowerment*, capacidad de comunicación y negociación, en definitiva, se trata de «hacer hacer», pues son ellos los que al final toman las decisiones que afectan a los resultados, tanto en términos de salud como económicos.

Gestión Indirecta de la APS

La contratación externa de la prestación asistencial ha tenido escaso eco en todas las comunidades autónomas excepto en Cataluña, con una dilatada tradición en concertación con la amplia red de asistencia privada. En el resto, la concertación se reduce fundamentalmente a contratación de determinadas pruebas complementarias y de procesos que generan elevadas listas de espera.

Abordaremos en este apartado las dos experiencias de contratación externa más innovadoras, las entidades de base asociativa catalanas y las concesiones administrativas que se están llevando a cabo en la Comunidad Valenciana.

Entidades de base asociativa

Esta novedosa experiencia en gestión sanitaria ha sido desarrollada por primera vez en el ámbito sanitario en Cataluña, al amparo de la Ley 15/1990 de Ordenación Sanitaria de Cataluña, modificada parcialmente por la Ley 11/1995. En esta, se contempla la posibilidad de que el Servicio Catalán de la Salud (SCS), y, en su caso, las regiones sanitarias, puedan establecer contratos para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria, acreditados al efecto, con entidades de base asociativa (EBA), con personalidad jurídica propia, constituidas totalmente o mayoritariamente por profesionales sanitarios,

con la finalidad de promover su implicación en el proceso de desarrollo, racionalización y optimización del sistema sanitario público. Posteriormente, en el Decreto 309/97, se establecen los requisitos para su acreditación.

Las características fundamentales de esta nueva fórmula de gestión son las siguientes:

- Puede constituirse mediante diversas fórmulas jurídicas: sociedad anónima, sociedad de responsabilidad limitada, sociedad laboral o sociedad cooperativa.
- Pueden ser propietarios del capital social los profesionales sanitarios que trabajen en dicha EBA y las personas físicas o personas jurídicas que tengan como objetivo social la gestión o prestación de servicios sanitarios o sociosanitarios, siempre que se garantice que los primeros posean al menos el 51% de las acciones o participaciones y que ninguno supere individualmente el 25%.
- Los profesionales sanitarios que sean propietarios de una parte del capital social deben acreditar experiencia en la prestación de servicios sanitarios o sociosanitarios y han de prestar sus servicios por cuenta de la entidad asociativa mediante una relación laboral o mercantil que se prolongará, como mínimo, durante el período de vigencia del contrato de servicios suscrito con el SCS.
- Cuando se trate de profesionales con plaza en el servicio sanitario público se les garantiza que podrán permanecer en el cuerpo o categoría de origen en la situación de excedencia voluntaria. No obstante, durante un período de tres años se les garantiza la reincorporación al puesto de trabajo que ocupaban, cuando lo soliciten y el puesto de trabajo se halle vacante, o a un puesto de trabajo del cuerpo o categoría de origen, del mismo nivel y en la misma localidad.
- Para acceder a la provisión del servicio, una vez constituida la EBA, debe diseñarse un proyecto de gestión y concursar a la adjudicación del servicio. Posteriormente, la implementación de los servicios contratados está sujeta a los controles y auditorías del SCS.
- En el contrato realizado entre la EBA y el SCS se establecen los mecanismos de financiación y control, así como los incentivos a los que pueden optar según su nivel de eficiencia en los diferentes capítulos del gasto. En el caso de que los gastos sobrepasen los ingresos pactados, se consideran pérdidas para la EBA.

La experiencia de EBA en Cataluña se inició en 1997 en el Área Básica de Salud (ABS) Vic 2 y pretende extenderse hasta las 16 ABS, en una estrategia del Departamento de Sanidad de la Generalitat de que 126 de las 360 ABS existentes pasen a ser gestionadas por entidades ajenas al Instituto Catalán de la Salud (ICS), ya sean consorcios, fundaciones, mutualidades hospitalarias o EBA.

En el año 2003, de los 345 EAP que proporcionaban cobertura asistencial al conjunto de la población catalana, el 78% (269) era gestionado por el ICS, y el 22% por un conjunto de 37 entidades proveedoras, de las que tan sólo 13 eran EBA⁶². La contratación de las EBA tiene lugar directamente con el Servicio Catalán de la Salud o con el Instituto de Prestaciones de Asistencia Médica al Personal Municipal (PAMEM), con el que CatSalut tiene establecido un convenio.

Es difícil valorar la bondad de estos nuevos modelos de gestión en el ámbito de la Atención Primaria, por el escaso tiempo

de funcionamiento, el aún bajo número de casos a evaluar y por las carencias de los actuales sistemas de información.

Así, mientras unos estudios encuentran diferencias entre los diferentes modelos de gestión, favorables en algunas variables al modelo EBA, en variables como la accesibilidad, la práctica clínica, la efectividad y la eficiencia en la prescripción farmacéutica⁶²; otros no hallan diferencias relevantes en la prestación y los costes de los servicios según las diferentes formas de provisión, atribuyendo las variaciones observadas al distinto nivel socioeconómico y demográfico de las diferentes poblaciones⁶³.

La diferencia entre ambos estudios radica en que en el primero no existe un ajuste de las poblaciones por edad, morbilidad ni nivel socioeconómico, que son los factores que más influyen en la utilización de los recursos y permitirían la comparación de los diferentes modelos de gestión. De esta forma, la mayor eficiencia en el gasto farmacéutico observado en el modelo EBA podría no ser tal si existiera una diferente composición de la población, con relación a la edad, la morbilidad y la condición de activo o pensionista.

Así mismo, en ambos estudios se utilizan con frecuencia como denominador la visita, en vez de la población, por lo que la valoración de la variabilidad de la práctica clínica en relación con las interconsultas a especialistas y solicitud de pruebas complementarias podría estar influenciada por el nivel organizativo del centro, penalizando de esta forma a los equipos más organizados, que verían aumentada la tasa de derivaciones al disminuir el denominador (visitas).

Por otro lado, en relación con la estructura, se observa una menor dotación de personal de enfermería en el modelo EBA, lo que condiciona una mayor carga de trabajo por enfermera y un menor número de visitas por persona incorporada al programa de atención domiciliaria que en el modelo ICS.

Por último, en el modelo EBA se observa una mejora en la accesibilidad de la población a los diferentes servicios, ofertando mayor disponibilidad y flexibilidad horaria de los profesionales del modelo EBA.

Podemos concluir diciendo que no existen aún indicadores fiables que nos permitan valorar adecuadamente la eficiencia relativa, equidad e igualdad en el acceso de las distintas formas organizativas y jurídicas de prestación de los servicios sanitarios y que se precisan más estudios y mayor tiempo de funcionamiento de los nuevos modelos de gestión indirecta para poder extraer conclusiones acerca de la conveniencia de extender dichas fórmulas de contratación frente a las ya existentes de gestión directa.

Concesiones administrativas

En la Comunidad Valenciana se está ensayando un proyecto de gestión indirecta diferente al desarrollado en Cataluña, la concesión administrativa. Ésta implica que el contratante construya y equipe los centros sanitarios, tanto Hospitalarios como de Atención Primaria, y desarrolle la actividad asistencial en el área de salud durante un período de tiempo establecido.

Esta experiencia se inició en la comarca de La Ribera (Alzira), con la concesión por diez años, prorrogables otros cinco, a una Unión Temporal de Empresas (UTE) para la construcción y explotación del hospital de La Ribera, en el Área Asistencial¹⁰.

El capital social de la UTE se distribuía de la siguiente forma: 51% Adeslas, 41% Caja de Ahorros del Mediterráneo, 2% Dragados y Construcciones y otro 2% el grupo empresarial Lubasa.

La financiación se realizaba por una cantidad fija por habitante, pudiendo facturar además el 80% de los gastos de los pacientes de otras áreas sanitarias atendidos en el hospital, pero debiendo abonar el 100% del coste de pacientes del área de salud atendidos en otros centros.

En cuanto a la gestión de los recursos humanos, el personal tenía una vinculación laboral, una jornada laboral anual mayor, una cierta flexibilidad retributiva y un nivel de incentivos elevado en función de la productividad.

En abril de 2003, la UTE asumió también los Centros de Atención Primaria del Área Asistencial 10 de la Comunidad Valenciana, mediante un rescate de la concesión previa de la atención especializada que ya la gestionaba desde el 1 de enero de 1999. Se amplió la base de licitación hasta 379 euros por persona y año, actualizables según el IPC, y el plazo de duración del contrato pasó de 10 a 15 años, prorrogables 5 años más.

En el nuevo contrato, no están incluidas la oxigenoterapia, las prótesis, ni el transporte sanitario, que siguen a cargo de la Administración; se establece un incentivo por ahorro en la prestación de farmacia del 30% del ahorro sobre el gasto farmacéutico anual medio por habitante de la Comunidad Valenciana, y se establece una cláusula limitativa de rentabilidad interna del proyecto en un 7.5% anual sobre la inversión realizada a lo largo de la duración de la concesión.

La iniciativa del Hospital La Ribera se ha visto sucedida por otras dos concesiones administrativas más, la de los hospitales de Torrevieja y Denia. En este último caso, adjudicado a la sociedad «Marina Salud» formada por la aseguradora DKV, Bancaja y Caja de Ahorros del Mediterráneo, se contempla la gestión integral del Área Asistencial 12, además de la construcción de un nuevo hospital en Denia, la reforma del antiguo para convertirlo en un centro sociosanitario y la remodelación del ambulatorio de especialidades. Los servicios incluidos en el contrato incluyen la asistencia especializada, tanto hospitalaria como extrahospitalaria, la Atención Primaria, los centros de planificación familiar y de salud mental y las unidades de conductas adictivas. La concesión tendrá una duración de 15 años, con posibilidad de prórroga, percibiendo la sociedad adjudicataria un pago anual de 413.11 euros por habitante, igual al que se aplica en Alcira y Torrevieja desde el 1 de enero de 2005.

Es necesario disponer de adecuados sistemas de información para evaluar la efectividad y eficiencia de estos nuevos modelos de gestión que se están iniciando en las diferentes comunidades autónomas.

Gestión de la calidad en Atención Primaria

Desde la introducción de las actividades de garantía de calidad en Atención Primaria, a través del Programa ibérico de formación del Ministerio de Sanidad y Consumo en 1987, hasta los actuales Planes de calidad total en el conjunto de la organización, apenas han pasado 15 años.

Todo un cambio de concepción sobre a quién corresponde el liderazgo en la gestión de la calidad del servicio sanitario,

en sintonía con los cambios en las tendencias que, en materia de gestión de la calidad, han tenido lugar en el mundo sanitario.

Actividades de garantía de calidad promovidas desde los Centros de Salud

Programa ibérico de formación en garantía de calidad

En 1987, el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Subdirección General de Planificación Sanitaria y Formación, concebía que la calidad de la atención sanitaria podía y debía ser mejorada por los propios profesionales.

Para alcanzar dicho propósito, se desarrolló un programa de formación sobre conceptos y metodología de garantía de calidad que, mediante la realización de seminarios/taller intensivos, pretendía dotar a los participantes de los conocimientos y las habilidades necesarios para desarrollar casos prácticos en los centros de salud, basados en problemas asistenciales reales seleccionados por los propios alumnos. Los participantes eran seleccionados entre el personal con labor asistencial y/o responsabilidad en la coordinación de los centros de salud⁶⁴.

El enfoque en el diseño teórico y la aplicación práctica de la metodología de garantía de calidad fue el de programa interno, centrado en la evaluación de procesos y resultados de la atención sanitaria llevada a cabo por los propios profesionales, desarrollando un ciclo evaluativo completo (identificación y priorización de problemas, elaboración de criterios de calidad asistencial, propuesta e implementación de medidas correctoras y reevaluación posterior).

Bajo este enfoque de programa interno, se priorizó alcanzar lo factible frente a lo deseable. De este modo, proponía evaluarse algún área de verdadera relevancia con el fin de que los profesionales asumieran esta tarea como una más de sus actividades dentro del centro de salud, frente a la realización de evaluaciones extensas, con la intención de obtener una información global sobre la calidad de los servicios pero que pudieran generar rechazo en los profesionales.

Se seleccionaron, de esta forma, múltiples problemas asistenciales relacionados con actividades preventivas y de promoción de la salud, con problemas de salud agudos de elevada incidencia y problemas de salud crónicos de alta prevalencia, así como elementos organizativos y de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria.

La metodología utilizada para la evaluación y mejora de la calidad asistencial se basaba en una modificación de la lista de componentes de una evaluación de R.H. Palmer⁶⁵.

Programa EMCA

En 1993, la Dirección Técnica del Plan de Salud de la Región de Murcia y la Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Murcia diseñaron el Programa EMCA, formalizado en 1994 con la firma de un convenio entre la Consejería de Sanidad y Política Social y la Universidad de Murcia.

En la misma línea que el Programa ibérico de formación, tiene lugar el desarrollo de un programa de formación, ayuda metodológica e investigación aplicada, cuya finalidad es el fomento de actividades de evaluación y mejora de la calidad voluntarias e internas, que sirva para construir programas de gestión de la calidad internos y externos, estables, efectivos y sinérgicos.

Asume que, al menos inicialmente, la estrategia de programas de calidad externos, obligatorios por parte de la Administración, no es la más adecuada para iniciar a los profesionales en el mundo de la calidad. Al contrario, admite que los programas de gestión de la calidad deben introducirse de forma voluntaria, apoyando, facilitando e incentivando su puesta en marcha.

En el Programa EMCA, el apoyo externo consiste en la formación de los profesionales y la potenciación de la investigación aplicada, con asesoramiento metodológico a los niveles directivo y profesional. A medio plazo, se pretende la implantación de programas estables e integrados en todos los niveles del sistema y el desarrollo de un programa externo regional que incluya la monitorización y acreditación voluntaria.

El enfoque en el diseño del Programa EMCA es el mismo que el del Programa ibérico, abordando gradualmente la gestión de la calidad, evaluando y mejorando producto a producto, servicio a servicio, más que intentar un abordaje global de los problemas de calidad. En este sentido, se plantea la realización de ciclos evaluativos completos para luego monitorizar los logros alcanzados.

Otras actividades formativas promovidas desde las sociedades científicas e instituciones sanitarias

Manteniendo el enfoque basado en actividades de garantía de calidad desarrollado por los profesionales de los centros de salud, diversas sociedades e instituciones editaron diferentes guías de ayuda para su implantación:

- Así, la Comissió de Millora de la Qualitat de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFic) desarrolló, en 1993, los «Criteris de qualitat en l'Atenció Primària de Salut»⁶⁶ y, posteriormente, la «Guía práctica: implantació d'un pla de millora de la qualitat a l'Atenció Primària de Salut»⁶⁷.
- Surgen también, desde las Consejerías de Sanidad, diversos manuales con el mismo fin⁶⁸, sin que desde dichos niveles se plantee aún liderar la estrategia de calidad del servicio sanitario.

La filosofía de la calidad en esta etapa no llegó a impregnar la Atención Primaria mediante el desarrollo generalizado y sistemático de actividades de evaluación y mejora de la calidad. Se hacía necesario que la filosofía de la calidad penetrara en la propia cultura de la organización, en todo el personal, lo que requería la implicación de gestores y planificadores y no sólo la de los profesionales asistenciales.

Implicación de la alta dirección en la gestión de la calidad

Gestión de calidad en el INSALUD

La inclusión de objetivos de calidad en el contrato-programa de 1993 junto con la introducción de la cartera de servicios supusieron el primer paso para la gestión de la calidad en Atención Primaria en el ámbito del INSALUD. Las normas técnicas mínimas constituían, por sí mismas, un conjunto de criterios explícitos y normativos, acordados por consenso entre profesionales, que deberían cumplirse para garantizar una asistencia de calidad. Las sucesivas evaluaciones, con auditorías internas y externas, sirvieron para impulsar la metodología de evaluación de la calidad en los centros de salud.

Es a partir de 1995 cuando se elabora un plan de calidad propiamente dicho, centrado fundamentalmente en la actividad hospitalaria.

El Plan estratégico del INSALUD de 1998 sirvió de marco para desarrollar su política de calidad total, bajo los siguientes principios:

- La calidad debe ir orientada a obtener la satisfacción del usuario, mediante la motivación de sus profesionales y su implicación con el centro.
- La calidad debe referirse a todas las unidades y procesos de la organización.
- La calidad es responsabilidad de todos los miembros de la organización.
- La calidad implica información y comunicación.
- La calidad es dinámica.

Entre las líneas de actuación que se plantean para conseguir la calidad de los servicios sanitarios está el «diseño y la aplicación de un plan de calidad total para el INSALUD», con las siguientes líneas maestras:

- Comunicar a los profesionales y usuarios la importancia estratégica de la calidad en el desarrollo de los fines del INSALUD.
- Crear una cultura de la organización que incentive la participación activa de los profesionales en la identificación, y el análisis y la resolución de problemas, impulsada por los coordinadores de calidad de los centros.
- Orientar los servicios hacia la satisfacción de las necesidades del usuario.
- Revisar las estrategias de gestión de personal, desarrollando cambios organizativos.
- Impulsar las medidas encaminadas a la mejora de procesos y prevención de errores.
- Desarrollar la formación del personal en métodos efectivos de gestión de calidad.
- Evaluar el grado de realización de objetivos e instrumentos de medida de la percepción de los pacientes sobre la asistencia.

En 1998, con bastante retraso con respecto a los hospitales, las gerencias de Atención Primaria nombran responsables de calidad en las Áreas, encargados de realizar el diseño y la evaluación inicial de los proyectos de mejora, preferentemente en aspectos científicotécnicos. Los principales aspectos sobre los que se iniciaron líneas de mejora en 1998 fueron: historia clínica de Atención Primaria, atención a patologías crónicas, actividades preventivas y programa de la mujer, atención a pacientes inmovilizados y terminales, atención al anciano, uso racional del medicamento, gestión de usuarios, coordinación primaria-especializada, procesos esenciales o comunes a varios servicios, herramientas de gestión, servicios no incluidos en cartera y procesos organizativos⁶⁹.

Los aspectos de calidad asistencial recogidos en los contratos de gestión del año 2000 hacían referencia a:

- La necesidad de constituir comisiones y responsables de calidad a nivel de Área, con el fin de realizar la planificación, al seguimiento y la difusión de las actividades de mejora de calidad. Así mismo, se sugería la conveniencia de nombrar un responsable de calidad en el EAP.
- La formación planificada, a corto y medio plazo, de los diferentes miembros de la comisión y del responsable de calidad del Área, del equipo directivo y personal de la gerencia y de los responsables de calidad y miembros de los EAP.

- La planificación y gestión de la calidad desde la gerencia, registrando, validando e impulsando los proyectos de mejora, así como difundiendo los en el Área.
- El desarrollo de nuevos proyectos y el asegurar la continuidad de los proyectos iniciados, difundiendo los logros alcanzados y motivando al personal que participa en éstos.

En el año 2001, el grado de implantación y desarrollo de las actividades de mejora de calidad en las 57 Áreas era heterogéneo, con un mayor desarrollo en Madrid, Castilla y León, Castilla La Mancha y Murcia.

Las transferencias sanitarias en el 2002 a todas las comunidades autónomas que aún no las habían recibido dejó inconcluso la implantación del Plan de calidad total del INSALUD.

La Gestión de calidad en el País Vasco, una estrategia de Gobierno

La gestión de la calidad asistencial en el País Vasco no se entendería desligada de la que ha tenido lugar en el sector industrial, una cultura de calidad que trasciende al mundo empresarial y se convierte en el objetivo de todo un Gobierno.

De esta forma, en 1992, el Gobierno Vasco apostó por desarrollar el programa de «Promoción de la calidad en el sector industrial» (PPCSI), aplicando el modelo europeo de excelencia (EFQM). Así mismo, con el fin de difundir la cultura de la calidad total, dar apoyo a las empresas y formación en el ámbito de la calidad, se creó, en 1993, la Fundación vasca para el fomento de la calidad (Euskalit).

Los resultados de dicho programa han ido más allá de la obtención de la certificación de la calidad de un producto o servicio (de las 40 empresas certificadas por la ISO 9001 en 1992 se pasó a más de 2800 en 2003), consiguiendo tres empresas vascas, el Premio europeo a la calidad, once organizaciones, la Q de Oro, y, 32, la de Plata, que otorga el Gobierno Vasco.

En el ámbito sanitario, en 1992, el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) puso en marcha un Plan integral de calidad, basado en tres pilares fundamentales: la calidad percibida por el usuario, la calidad científicotécnica y los costes de la no calidad, y, como estrategia de implantación, la gestión de procesos y la participación de todo el personal.

En 1995, se apuesta por utilizar el modelo EFQM como herramienta de gestión para alcanzar la excelencia. Esta apuesta ha supuesto un gran esfuerzo de los profesionales, directivos y equipos de evaluación y una importante inversión en formación, que se ha visto recompensada con creces. De esta forma, doce hospitales han realizado varias autoevaluaciones, obteniendo dos de ellos (Bidasoa y Zumárraga) la Q de oro (más de 500 puntos) y otros diez la Q de Plata (más de 400 puntos). Otros nueve hospitales, diversas Comarcas de Atención Primaria y centros extrahospitalarios han manifestado su compromiso con la excelencia, lo que supone realizar autoevaluaciones con el modelo EFQM, planes de mejora y la elaboración de una memoria para la evaluación externa.

Pero no sólo se trabaja en el ámbito sanitario vasco en el modelo de excelencia EFQM, sino que se aborda la gestión de calidad por procesos según la norma ISO 9001:2000. De esta forma, siete Comarcas sanitarias con 39 centros de Atención Primaria han certificado con AENOR diversos procesos:

- Prestación de servicios de recepción, información y gestión administrativa.

- Realización de pruebas diagnósticas.
- Programas de intervención sanitaria en la comunidad.
- Prestación de asistencia sanitaria de Atención Primaria en las áreas de Medicina General, Pediatría y Enfermería.

Sin embargo, aunque la implantación del modelo EFQM de la calidad es un hecho, la extensión de la cultura de la calidad no ha penetrado en todo el personal de la organización, estando hasta ahora implicados tan sólo los equipos directivos y el *staff* de la dirección. Uno de los objetivos del nuevo Plan estratégico de Osakidetza y del Plan de calidad 2003-2007 es, precisamente, la extensión del modelo EFQM a las Unidades de gestión, tanto de Atención Primaria como Especializada, implicando de esta forma al personal operativo⁷⁰.

Plan de calidad del Servicio Andaluz de Salud (SAS)

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, al igual que está ocurriendo en la mayoría de las comunidades autónomas, ha reconducido su política de calidad centrándola en el ciudadano, al que considera el centro del Sistema Sanitario Público de Andalucía y, por tanto, objeto de estudio de sus necesidades, demandas y expectativas, con el fin de satisfacerlas. Reorienta así la política de calidad desarrollada en los últimos años, centrada en la acreditación de los centros y servicios (ISO 9001, Joint Commision) y en el desarrollo de la gestión clínica como herramienta de innovación en la gestión.

De esta forma, la Consejería de Salud asume la responsabilidad de crear el marco politicoestratégico en materia de calidad y eficiencia, que regulará los contratos-programa con los diferentes proveedores públicos o concertados. Este marco establece un enfoque centrado en el **proceso asistencial, único e integral** desde la perspectiva del ciudadano. El objetivo es satisfacer las necesidades de salud de los ciudadanos, garantizando la continuidad asistencial, entendida como una «visión continua y compartida del trabajo asistencial, en el que intervienen múltiples profesionales, en diferentes centros de trabajo, que actúan en tiempos distintos con un objetivo común: el ciudadano»⁷¹. Establece así que la **continuidad asistencial** es el **criterio clave** que debe inspirar la organización y los métodos de trabajo, así como guiar la formación del personal.

Esta profunda transformación de la visión de la calidad del Sistema Sanitario Público pretende desarrollarse a través de las siguientes líneas estratégicas:

- Línea de calidad y procesos asistenciales.
- Línea de desarrollo de profesionales.
- Línea de evaluación y prospectiva.
- Línea de investigación.
- Línea de sistemas y tecnologías de la información.
- Línea de comunicación.
- Línea de financiación.

Los objetivos generales planteados en la línea estratégica de calidad y procesos asistenciales comprenden:

1. Desarrollo de una visión estratégica del modelo de atención sanitaria basada en la estructuración por procesos asistenciales.
2. Introducción, en la cultura de los centros asistenciales, de la necesidad de incorporar mecanismos de acreditación de procesos, competencias profesionales, centros y servicios, equipamientos y estructuras,

como elemento dinamizador y motivador de las organizaciones sanitarias.

3. Introducción, en los contratos-programas, conciertos y convenios de la Consejería con los diversos proveedores, de criterios de calidad para los procesos asistenciales (continuidad de la atención, satisfacción del ciudadano, eficiencia y evidencia científica de las decisiones clínicas).
4. Desarrollo de estructuras estables de calidad en todas las organizaciones de prestación de servicios, que sirvan para consolidar la cultura de calidad en los centros asistenciales.

El enfoque por procesos asistenciales integrales supone una estrategia innovadora en la prestación de servicios en Atención Primaria que está siendo estudiada con interés por diversos servicios regionales de salud⁷².

En resumen, se observa una extensa aunque desigual implantación de actividades de evaluación y mejora de calidad, sin que pueda afirmarse que la filosofía y la metodología de calidad hayan impregnado aún nuestro sistema de salud.

Se ha pasado de una primera etapa en la que la estrategia de calidad descansaba en enseñar a los clínicos a utilizar medidas que se habían demostrado eficaces, a luz de la evidencia científica disponible, y eficientes, entre las alternativas disponibles, a la etapa actual, donde la calidad se ha convertido en un elemento estratégico de la dirección, que lidera el enfoque hacia el cliente, detectando sus necesidades y expectativas e incorporándolas como requerimientos al diseño de los productos y servicios.

No se ha definido una política de calidad común en las diferentes comunidades autónomas, ni siquiera se avanza en una homogeneización de modelos de acreditación, que tienden a la atomización (ISO, EFQM, Joint Commission, modelos propios).

La integración de los enfoques de calidad asistencial y de gestión permitirá mejorar los sistemas de información sanitarios, incorporando indicadores que tengan en cuenta la efectividad de la asistencia, su coste y la satisfacción de los clientes/pacientes.

Las experiencias que se están llevando a cabo en los diferentes servicios de salud permiten ver con optimismo la evolución del sistema sanitario, organizando la Atención Primaria, la especializada y, previsiblemente, la sociosanitaria, como un *continuum* asistencial, con procesos transversales integrales entre niveles asistenciales con el ciudadano/paciente como centro del sistema.

Sistemas de información en Atención Primaria

La toma de decisiones en condiciones de incertidumbre es una constante para planificadores, directivos y profesionales de la salud, que deben resolver los diferentes problemas que se plantean en su ámbito de competencia. Para ello, tienen que disponer de un sistema de información adecuado, que variará según el nivel de responsabilidad y de actividad administrativa.

Mientras que para la planificación es necesario conocer la relación entre el nivel de salud, el uso de los servicios sanitarios y sus determinantes socioeconómicos, con el objeto de realizar una asignación de recursos equitativa y eficiente, para la macrogestión la información que se precisa está en

relación con la actividad realizada, los recursos empleados y los resultados obtenidos, con el fin de hacer más productivas y eficientes las instituciones sanitarias, y para la microgestión o gestión clínica, se necesita disponer, en tiempo y forma, de la información precisa del estado de salud y morbilidad de la población sobre la que se actúa, de la evidencia disponible sobre las diferentes intervenciones a realizar y de su coste, para poder tomar las decisiones clínicas adecuadas.

Definición de un sistema de información sanitaria

Siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud, entendemos por *sistema de información sanitaria* (SIS) el «mecanismo para la recopilación, el proceso, al análisis y la transmisión de la información que se precisa para organizar y dirigir los servicios sanitarios y también para la investigación y formación de personal.

Por tanto, la misión de un SIS es describir las relaciones fundamentales entre las cinco clases de datos básicos⁷³:

1. Problemas de salud, necesidades y demandas de la población en dicha materia, así como los factores que determinan el estado de salud de la población (características demográficas, socioculturales, económicas, del entorno, etc.).
2. Recursos disponibles y grado de utilización.
3. Actividades sanitarias desarrolladas para satisfacer las demandas de salud.
4. Costes de las actividades desarrolladas.
5. Resultados, tanto en términos de salud como de eficiencia y satisfacción de la población. Los primeros son los más relevantes, pero son más difíciles de obtener, por lo que suele incorporarse información de resultados intermedios (mejora de signos clínicos, mejora en pruebas funcionales, control de parámetros bioquímicos, etc.).

En el diseño de un SIS debe tenerse claro qué información pretende obtenerse, dónde se utilizará, quiénes serán sus usuarios, para qué se necesita y en qué momento será requerida⁷⁴. Podemos decir que un SIS está formado por varios subsistemas de información, con características diferenciales:

Subsistema de información sanitaria y socioeconómica

Tiene un carácter centralizado, con salidas de información agregadas y una periodicidad variable, y suele estar ubicado lejos de los productores de la información. Se utiliza con frecuencia como base para construir indicadores sanitarios, y sirve de referencia para estudios epidemiológicos, por lo que es imprescindible para la planificación sanitaria, la investigación y la gestión.

Subsistema de información para la gestión

A diferencia del anterior, se caracteriza por tener un carácter descentralizado, con salidas de información frecuente y desagregada, por estar ubicado cerca de los productores de la información, y por tener como finalidad dar soporte a la actividad cotidiana. Se alimenta de diversas fuentes de información: base de datos de pacientes, datos de actividad asistencial y movimiento de pacientes, información economicoadministrativa (personal, contabilidad, facturación, etc.).

Aunque el sistema de información tiene un ámbito superior a los sistemas de registro sanitario, la principal fuente de datos

procede del encuentro entre proveedor sanitario y usuario (historia clínica, registros administrativos, registros de actividad, registros de morbilidad, de incapacidad temporal, notificación de reacciones adversas, etc.).

El requisito básico para que estos registros proporcionen una información de calidad es trabajar sobre una base de datos poblacional, con identificación única de cada ciudadano, donde se vinculan todos los contactos de los usuarios con el sistema sanitario, tanto en régimen ambulatorio como de hospitalización, tanto en régimen normal como urgente, independientemente del tipo de proveedor (Atención Primaria o Especializada).

Estos registros, sin embargo, tienen sus limitaciones como fuentes de información.

Limitaciones de los registros sanitarios como fuentes de información de un SIS

Grado variable de utilización de la historia de salud

En la práctica cotidiana un porcentaje variable de consultas se realizan sin disponer de la historia clínica y, por tanto, sin realizar ninguna anotación en la misma. Así, en función del modelo organizativo del centro de salud, las visitas para renovar la medicación o la incapacidad temporal, así como aquellas otras que tienen lugar sin cita previa, suelen realizarse sin historia clínica. Por otro lado, no en todas las consultas en las que se dispone de historia clínica se hace alguna anotación.

Es probable que a medida que vaya implantándose la historia clínica electrónica mejoren los registros, aunque recientes estudios en el Reino Unido han comprobado que los médicos, a pesar de disponer de ordenadores en sus consultas, no los utilizan habitualmente más que para ver información acerca del motivo de consulta y prescribir medicación, haciendo anotaciones sobre algún motivo de consulta seleccionado en el 76% de los casos, frente al 36% que lo hace sobre todos los problemas consultados⁷⁵. Este hecho probablemente se debe a la gran variedad de motivos de consulta y al escaso tiempo de que dispone por consulta el médico de Atención Primaria.

Fiabilidad de los datos

- Registro del problema de salud principal: aunque algunos estudios defienden que la determinación del problema de salud principal puede ser un instrumento válido en la determinación de los problemas de salud atendidos⁷⁶, el hecho de que no se registre toda la morbilidad asistida, sino aquella que a juicio del médico es relevante, puede generar dificultades para la determinación del producto en Atención Primaria.
- La dificultad para clasificar muchos de los aspectos concernientes a la atención ambulatoria y la escasa o nula formación de los médicos de familia en codificación son circunstancias que influyen negativamente en la fiabilidad de la información.

Determinación del producto en Atención Primaria

Se presentan aquí varios problemas:

- No existe consenso en la unidad de análisis para la determinación del producto (visita, episodio o todos los cuidados que reciba una persona a lo largo de un período de tiempo)⁷⁷, aunque algunos estudios encuentran mayor

correlación entre los recursos empleados cuando la unidad de análisis es el paciente que cuando se utiliza la visita o el episodio⁷⁸.

- **CMBD para Atención Primaria:** aunque los sistemas de clasificación de pacientes diseñados para la atención ambulatoria requieren muy pocas variables, los sistemas de información y codificación actualmente disponibles para hospitales son muy deficientes⁷⁹⁻⁸⁰. Así, aunque el CMBD de los hospitales presenta gran fiabilidad en los datos administrativos, se observan importantes problemas de calidad y variabilidad en su cumplimentación⁸¹.
- **Codificación de los diagnósticos:** no existe consenso en el sistema de codificación a utilizar (CIAP, SIPSAP-2D, CIE-9 MC, CIE-10), su implantación no se ha generalizado y no va más allá de estudios de investigación. Se hace necesario hablar el mismo idioma y establecer un sistema normalizado y homogéneo para todo el Sistema Nacional de Salud.
- **Sistemas de clasificación de pacientes en Atención Primaria:** para poder comparar la actividad realizada por los diferentes proveedores, así como su coste, es necesario conocer la casuística (*case-mix*) de pacientes atendidos. Con dicho fin, se han elaborado múltiples sistemas de clasificación de pacientes que tratan de ajustar los resultados obtenidos por el riesgo previo respecto al resultado que quiere medirse. Entre éstos, los *ambulatory care groups* (ACG) parece que tienen una aproximación más longitudinal de la atención, al estar orientados a los pacientes y no a las visitas o episodios, y que permiten describir la casuística de una población de referencia⁴⁹⁻⁵¹, habiendo sido validados en nuestro medio⁵²⁻⁵⁶.
- **Carteras de servicios y normas técnicas mínimas:** su utilización para la determinación del producto en Atención Primaria desde la HES tiene sus limitaciones:
 - Sólo recogen una pequeña parte de la actividad diaria del médico de familia.
 - No se correlacionan con los costes que genera dicha actividad.

Medidas de actividad sanitaria

Productividad de los recursos:

Clásicamente, las medidas de actividad de los servicios sanitarios valoran la productividad de los recursos existentes, definida como la relación entre los costes, expresados en unidades físicas de recurso (profesionales, consultas, aparatos diagnósticos, etc.) y el producto, expresado también en unidades físicas (visitas, exploraciones, etc.)⁸².

Este tipo de medidas de productividad presenta algunas limitaciones:

- Más que en unidades de físicas, los indicadores de recursos deberían definirse en unidades de tiempo en que éstos están disponibles (porcentaje de tiempo dedicado a consulta, actividades administrativas, docencia, etc.), ya que la productividad de los recursos está muy afectada por la disponibilidad real de los mismos.
- También debe tenerse en cuenta que muchos recursos son polivalentes, destinando parte de su tiempo a más de una actividad.
- Así mismo, en el análisis debe valorarse que estos indicadores están muy influidos por el nivel organizativo de la unidad analizada (centro de salud, sala de consulta, profesional, etc.).

Indicadores basados en procesos intermedios

La enorme dificultad existente en Atención Primaria para concretar el producto de su actuación en términos de mejora del estado de salud ha hecho que se haya extendido la utilización de procesos como indicadores de actividad (visitas, pruebas diagnósticas, sesiones de educación sanitaria, etc.), sin que se realicen los oportunos ajustes por casuística para poder realizar comparaciones o evaluar la adecuación de las actividades realizadas. Así encontramos:

- **Indicadores de consultas:** número de consultas en un período, desagregadas por profesional, por tipo de consulta (primera visita frente a sucesiva, clínica frente a administrativa, concertada frente a demanda, urgente frente a no urgente, etc.), por lugar de realización (centro de salud frente a domicilio), por disponibilidad de horas de consulta, por duración media de la visita, por tiempo de espera para entrar en consulta, etc.
- **Indicadores de educación sanitaria:** número de sesiones en un período, totales y desglosadas por tipo de paciente, número de usuarios por sesión, etc.
- **Indicadores de cobertura:** porcentaje de pacientes captados para intervención entre todos los susceptibles de recibir el servicio.
- **Indicadores de correcta actuación:** suelen usarse las normas técnicas mínimas u otras recogidas en los protocolos y las guías de práctica clínica, determinando el porcentaje de correcto cumplimiento entre todos los que reúnen la condición.
- **Indicadores de utilización de recursos:** número de interconsultas o pruebas complementarias solicitadas, por tipo de prueba, por cada 100 usuarios adscritos, por profesional; gasto en medicamentos por habitante, desglosado por activo o pensionista, coste medio de las recetas e incidencia, prevalencia y gravedad (duración) de las bajas por incapacidad temporal.

Tabla 3.5. Ejemplo de indicadores de actividad mensual

INDICADORES DE ACTIVIDAD MENSUAL								
PROFESIONAL	CUPO	CONSULTAS			MEDIA PACIENTES/ DÍA	DERIVACIONES		
		CENTRO	DOMICILIO	TOTAL		RADIOLOGÍA	LABORATORIO	INTERCONSULTA
Médico de Familia 1								
Médico de Familia 2								
Médico de Familia 3								
Médico de Familia 4								
.../...								
TOTAL								

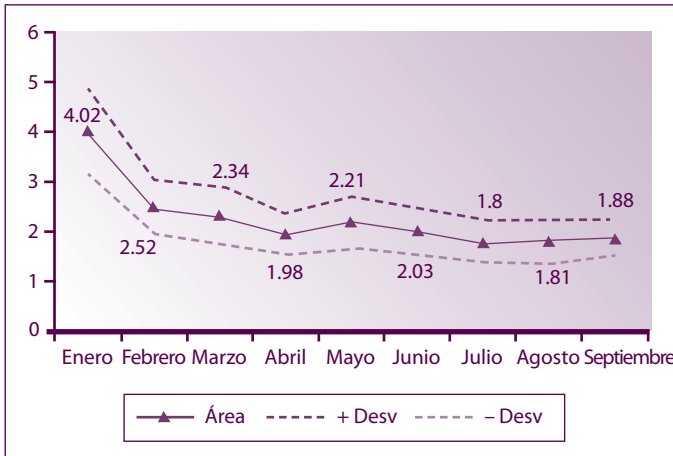


Figura 3.5. Incidencias de bajas laborales.

Indicadores de resultados

Los indicadores de resultados permiten comparar diferentes tecnologías, modelos organizativos y proveedores de servicios. La utilización de perfiles de práctica para la comparación de proveedores está influida por las características de riesgo de los pacientes (gravedad), por lo que requiere realizar los oportunos ajustes de riesgos.

Dado que los resultados en términos de salud se producen en Atención Primaria a largo plazo, y es difícil atribuirlos sólo a la actividad sanitaria, habitualmente sólo se miden resultados intermedios. De esta forma, se mide la mejora de signos clínicos, la mejora en pruebas funcionales, el control de parámetros bioquímicos, etc. (porcentaje de pacientes hipertensos con cifras de presión arterial controladas, porcentaje de pacientes diabéticos con controles de HbA1c en rango de buen control, etc.). Otros resultados a monitorizar incluyen la evaluación de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes.

Cuadro de mando

Concepto y características principales

Es un conjunto de datos e indicadores, expuesto mediante tablas y gráficos, que tiene como finalidad servir como instrumento periódico de información y control para la gestión. Debe permitir, con un mínimo de tiempo, el análisis del funcionamiento del centro, a la vez realiza proyecciones con un buen margen de seguridad.

El cuadro de mando debe contener indicadores significativos que faciliten la comparación periódica y evolutiva con las previsiones, las normas o los objetivos, de forma clara y sintética, acompañando a los valores numéricos representaciones gráficas⁷⁴. La información que contiene un cuadro de mando debe estar normalizada y tener un carácter permanente, con el fin de observar la tendencia.

Formas de presentación

- Las tablas y gráficos deben incluir:
 - Resultado de los valores mensuales, lo realizado (Tabla 3.5).
 - Tendencia de los datos en el tiempo (Tabla 3.6).
 - Resultados deseados, objetivos o previsión estándar (Tabla 3.7).
- Los gráficos más interesantes son:

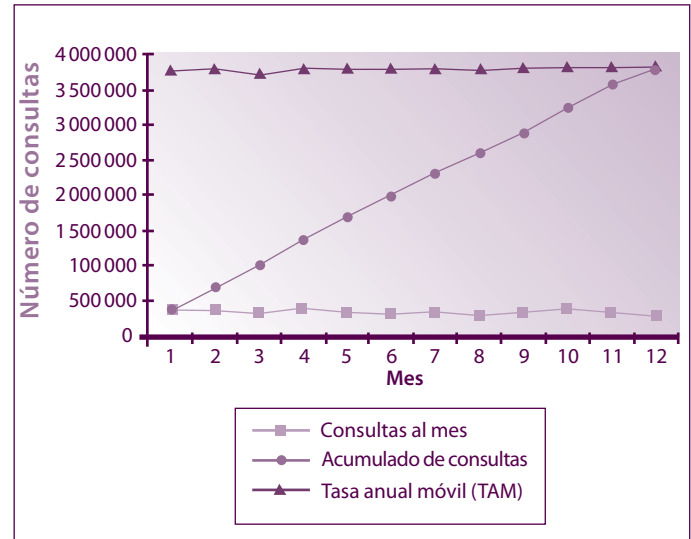


Figura 3.6. Consultas de medicina de familia en 12 meses.

- Curvas de tendencia estacional (Figura 3.5): incidencias de bajas laborales en un Área de Salud de enero a septiembre, donde la incidencia corresponde al número de bajas tramitadas por cada 100 asegurados activos.
- Curvas de tendencia anual TAM (tasa anual móvil).
- Gráficos Z: integrados por los gráficos lineales de datos mensuales, los datos acumulados a final de mes y la TAM (Figura 3.6).

Cuadro de mando integral basado en indicadores del modelo EFQM de excelencia

Frente a los cuadros de mandos clásicos, cuyo objetivo es el control del proceso productivo, las empresas que han apostado por una gestión de la calidad total precisan de indicadores que proporcionen información sobre sus procesos estratégicos. De esta forma, el cuadro de mandos integral ayudaría a definir, comunicar y evaluar los objetivos y las prioridades, tanto a los directivos como a los empleados, y a relacionar presupuesto con estrategia y sistemas de compensación, al objeto de que la política de recursos humanos, en los aspectos de evaluación del desempeño y sistema de incentivos, refuerce la lógica del propio modelo de gestión a implantar⁸³.

El cuadro de mandos integral se estructuraría, de esta forma, bajo seis perspectivas: aprendizaje y crecimiento, procesos internos, rendimiento asistencial, clientes, finanzas y balance social.

Este tipo de cuadro de mandos integral, existente actualmente sólo como formulación conceptual, se irá incorporando a la gestión estratégica de los centros asistenciales en la medida que su modelo de gestión avance hacia el modelo de excelencia.

SIS y tecnologías de la información y de la comunicación (TIC)

La historia clínica electrónica (HCE), centrada en el ciudadano/paciente y con un elevado nivel de integración de la información asistencial y social, es una fuente de información excepcional del proceso productivo de los servicios sanitarios, al integrar necesidades de salud, oferta de servicios, utilización de recursos y efectividad de los mismos.

Tabla 3.6. Ejemplo de hoja de datos globales

HOJA DE DATOS GLOBALES							
INDICADOR	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	.../....
Cupo (población adscrita)							
Consultas							
Centro							
Domicilio							
Total mensual							
Acumulado							
TAM							
Media pac/día							
Sol Radiología							
Total mensual							
Acumulado							
TAM							
Sol Laboratorio							
Total mensual							
Acumulado							
TAM							
Sol Interconsultas							
Total mensual							
Acumulado							
TAM							
.../....							

La HCE, desde el punto de vista de la arquitectura del sistema de información, podría estar constituida por una o más aplicaciones destinadas a que el usuario recoja, según sus intereses, los datos que le interesan del paciente o su síntesis estructurada. Estos datos podrían estar dispersos en varios sistemas de información de diversas instituciones que han atendido al ciudadano/paciente, y la aplicación de HCE lo que haría sería la integración o síntesis de los datos acumulados, personalizando la presentación de la información según las preferencias o necesidades del usuario. Se construiría, de este modo, una historia clínica virtual con toda seguridad más fiel que la actual a los diversos condicionantes de la salud, factores de riesgo, enfermedades e intervenciones del sistema sanitario y social a los que ha estado expuesto el individuo a lo largo de su vida.

En la medida en que la implantación de la historia clínica electrónica se consolide en los diversos Servicios de Salud, se constituiría en un elemento central del sistema de información sanitaria. Sin embargo, se hace necesario conocer las actitudes y aptitudes de los profesionales en el uso de las TIC, y del medio donde van a utilizarse. Las actuales consultas de Atención Primaria, masificadas, con escasa disponibilidad de tiempo, no son el escenario ideal, pero, por otro lado, tampoco puede demorarse más su implantación. Posiblemente haya que marcarse metas anuales de progresiva y sistemática utilización, además de estudiar estrategias que «en-

ganchen» a los profesionales, aportándoles mejoras en la desburocratización de las consultas.

La base de datos de usuarios vinculados a sus problemas de salud, a las intervenciones realizadas y a los consumos que han tenido lugar en cualquier punto del servicio sanitario se convierte, de este modo, en la principal fuente de datos del Sistema de Información. En este sentido, es necesario disponer de información global que recoja todos los contactos del usuario con el sistema sanitario, independientemente del nivel asistencial, motivo de consulta, etc. Para ello, tendrían que darse algunas premisas, tal y como se plantean en la estrategia digital en Andalucía⁸⁴:

- El ciudadano constituye el eje central del sistema sanitario público.
- La historia de salud del ciudadano es única, independientemente de dónde se produzca el contacto.
- La historia de salud sigue al ciudadano.
- El sistema de información se constituye como una única red sanitaria y no múltiples redes locales.

Existen tres condicionantes para ello:

- Una base de datos única de usuarios (BDU).
- Un potente sistema de comunicaciones que interrelacione toda la red sanitaria a través de una Intranet corporativa

- Una historia de salud digital, con un sustrato común para Atención Primaria y Especializada, y unos elementos diferenciadores, específicos para cada unidad pero accesibles para todos los profesionales dependiendo de los permisos de acceso.

Llegado a este punto, cabe señalar que son los aspectos relativos a seguridad, confidencialidad y control de la información contenida en la HCE los que crean un mayor y más apasionado debate⁸⁵⁻⁹⁰. Aunque se admite que el paciente es el pilar básico del sistema, que la HCE puede ayudar a resolver las necesidades de salud en base epidemiológica y poblacional, y que es necesaria la cooperación entre niveles asistenciales y otro tipo de instituciones sociales, cuando hablamos de la HCE del ciudadano/paciente parece que estamos hablando de la «historia clínica del profesional», a la que sólo el equipo de Atención Primaria, o incluso sólo ciertos profesionales, deberían tener acceso y/o capacidad de modificación. Este «enfoque paternalista» revela las resistencias de un sector de los profesionales de la salud a perder esa relación de agencia caracte-

rística del sistema sanitario y que, necesariamente, disminuirá en una sociedad informada y cada vez más responsable de su salud.

No es un debate tecnológico. No existen problemas para el acceso de diferentes profesionales y del ciudadano/paciente a su historia clínica electrónica, cada uno con los oportunos perfiles y permisos; ni para su acceso y cumplimentación desde la consulta, domicilio, dispositivo social o cualquier otro lugar donde se encuentre en un determinado momento el propietario de la historia clínica, el ciudadano.

Sin embargo, este debate ha quedado clarificado con la publicación de la Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En ésta se establece quién es el propietario de la historia clínica, sus fines y condiciones de utilización, así como a quién corresponde velar por la confidencialidad y seguridad de los datos contenidos en ésta.

Tabla 3.7. Ejemplo de hoja de seguimiento de objetivos

HOJA DE SEGUIMIENTO DE OBJETIVOS						
INDICADOR	2002	2003	Variación 2002/2003	Objetivo acumulado	Objetivo anual	Desviación
Nº proveedores						
Consultas MF						
Mensual						
Acumulado						
TAM						
Interconsultas						
Mensual						
Acumulado						
TAM						
Radiología						
Mensual						
Acumulado						
TAM						
Laboratorio						
Mensual						
Acumulado						
TAM						
..../....						

Bibliografía

1. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care (1978). http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
2. Martín Zurro A, Cano Pérez, (Ed). *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid; Elsevier España S.A, 2003.
3. Scherger JE. Asistencia gestionada en Estados Unidos. En: Taylor RB. *Medicina de Familia: principios y práctica*. Barcelona, Springer-Verlag Ibérica, 1999.
4. Gervás J. Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata. *SEMERGEN* 2004; 30(5):245-257.
5. Minué Lorenzo S, De Nabuel Keenoy E, Solas Gaspar O. Situación actual y futuro de la Atención Primaria. En: Cabasés M, Villalba JR, Aibar C. *Invertir para la Salud. Prioridades en Salud Pública*. Informe SESPAS 2002. http://www.sespas.es/fr_inf.html
6. Pineault M, Daveluy C. *La planificación sanitaria: conceptos, métodos y estrategias*. Barcelona, Masson S.A, 1990.
7. Buitrago Ramírez F. Planificación en Atención Primaria. Programas y protocolos. En: Gil VE, Merino J, Orozco D, Quince F. *Manual de metodología de trabajo en Atención Primaria*. Madrid, MSD España S.A, 1997.
8. Ortega Tallón MA, Roca Figueres G, Iglesias Rodríguez M, Jurado Serrano JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de Atención Primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Aten Primaria* 2004; 33(2):78-85.
9. Benach J, Urbanos RM. Lograr la equidad en salud. En: Álvarez Dardet C, Peiró S. *Informe SESPAS 2000*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000.
10. Reyes Rodríguez JF. Aproximación a un modelo alternativo para la asignación de médicos de familia a las zonas de salud. *Cuadernos de Gestión* 2001; 7(4):168-176.
11. Burgos A, Lorenzo E, Juanemea M, Lezáun MJ, Guillén F, Fernández G. Una propuesta para el pago caritativo a partir de la edad, cronicidad y género, utilizando bases de datos administrativas. *Aten Primaria* 1997; 23:110-115.
12. Slof EJ. La dimensión económica. En: Gené Badía J, Contel Segura JC. *Gestión en Atención Primaria. Incorporación de la práctica directiva en el liderazgo asistencial*. Barcelona, Masson S.A., 2001.
13. Pané Mena O. Valoración económica de la actividad clínica y fundamentos para la elaboración de presupuestos por servicio: Atención Primaria. En: Del Llano Señarís J, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Millán Núñez-Cortés J, Gené Badía J. *Gestión sanitaria: Innovaciones y desafíos*. Barcelona, Masson S.A., 1998.
14. Marión Buen J, Peiró S, Márquez Calderón S, Meneu de Guillerna R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Med Clin (Barc)* 1998; 110(10): 382-390.
15. Sobrequés J, Bolívar B, Unzueta L, Prados JD, Leiva F, Boerma W. Variaciones en la aplicación de técnicas médicas en Atención Primaria. *Gac Sanit* 2002; 16(6):497-504.
16. Abánades Herranz JC et al. Documento número 9: *Variables que determinan la prescripción del médico de familia*. Barcelona, SEMFYC, 1997.
17. Muir Gray JA. Elección del paciente y práctica clínica basada en la evidencia. En: Muir Gray JA. *Atención sanitaria basada en la evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión y política sanitaria*. Madrid, Churchill Communications Europe España SL, 1997.
18. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD, Aymerich M. Guías de práctica clínica. En: Jovell AJ, Aymerich M. *Evidencia científica y toma de decisiones en sanidad*. Barcelona, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, 1999.
19. González de Molina M, Fernández-Guerrero JC, Azpitarte J. Endocarditis infecciosa: grado de discordancia entre lo recomendado por las guías clínicas y lo realizado en la práctica. *Rev Esp Cardiol* 2002; 55(8):793-800.
20. Grupo para la Asistencia Médica Integrada Continua de Cádiz (GAMIC). La consultoría de medicina interna en Atención Primaria mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin* 2004; 122:46-52.
21. Grupo de trabajo de la SEMI y semFYC. *Médicos de familia e internistas trabajando por una atención integral*. SEMI y semFYC, 1998.
22. Quijano Terán F. Incapacidad temporal/permanente. En: Borrel Carrió F et al. *Incapacidad temporal: encrucijada ética, clínica y de gestión*. Barcelona, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 1999;5-14.
23. Royo-Bardonada MA. La duración de la incapacidad y sus factores asociados. *Gaceta Sanitaria* 1999; 13:177-84.
24. Pérez JJ, García J, Tejedor M. Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17(5):305-311.
25. Sevilla Pérez F. Gestión clínica. La gestión de lo esencial como una estrategia de reforma en el Sistema Nacional de Salud. *Revista de Administración Sanitaria* 2000; 13:63-82.
26. Anónimo. *Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud, 2000.
27. Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de Atención Primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit* 2003; 17:412-9.
28. Juncosa S, Bolívar B. Medir la morbilidad en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28:602-607.
29. Tapias Ledesma MA, Jiménez-García R, Lamas F, Gil de Miguel A. Efectividad de los selladores de fisuras en una población infantil con alto riesgo de presentar caries. *Aten Primaria* 2002; 30:150-156.
30. Camaralles F et al. Efectividad de la intervención grupal para la deshabitación tabáquica. Ensayo clínico aleatorizado. *Med Clin* 2002; 119: 53-57.
31. Morchon S, Blasco JA, Rovira A, Arias CN, Ramón JM. Efectividad de una intervención de deshabitación tabáquica en pacientes con patología cardiovascular. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54:1271-1276.
32. Alonso Fernández M, Franco Vidal A, López Sanpedro P, García Lavandera J. Efectividad a medio plazo de un plan de ayuda al fumador desarrollado en Atención Primaria. *Aten Primaria* 2002; 30:541-548.
33. Fernández García JA et al. Efectividad del consejo médico a pacientes alcohólicos y bebedores excesivos atendidos en consultas de Atención Primaria. *Aten Primaria* 2003; 31:146-155.
34. Antón García F, Maiques Galán A, Franch Taix M, Aleixandre Mari E, Gómez Ortega AB, Sotoca Cobaleda R. Efectividad de la prevención cardiovascular en atención primaria. *Aten Primaria* 2001; 28: 642-647.
35. Aguilera Guzmán M et al. Oferta de servicios en atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 31:319-26.
36. Segovia Pérez C, González María E. La cartera de servicios en Atención Primaria: una revisión de la literatura. *Rev Adm Sanit* 2003; 1:601-618.
37. Seguí Díaz M. Propuestas prácticas para mejorar la organización de la consulta. *Aten Primaria* 2002; 8:115-132.
38. Seguí Díaz M. Veinte años organizando la consulta. *Aten Primaria* 2001; 28:108-113.
39. Ruiz Tellez A. *La demanda y la agenda de calidad*. Instituto @p COM. Barcelona, Grupo Ferrer, 2001.
40. Bellón J. Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en Atención Primaria: consideraciones prácticas. *Cuadernos de Gestión* 1997; 3:108-129.
41. Torres Olivera A. La gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria. *Aten Primaria* 2003; 31:561-563.
42. Prats M, Pardo MJ. Equipos por procesos en Atención Primaria. *Cuadernos de Gestión* 2001; 7: 161-164.
43. Costa Estany JM. Organización por procesos. En: Gené Badía J, Contel Segura JC. *Gestión en Atención Primaria. Incorporación de la práctica directiva en el liderazgo asistencial*. Barcelona, Masson S.A., 2001.
44. Zambrana García JL, Jiménez-Ojeda B, Marín Patón M, Almazán González Sagrario. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales.
45. Gómez de la Cámara A. La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados en salud. *ANALES Sis San Navarra* 2003; 26:11-26.

46. Carrasco G. Medicina basada en la evidencia «electrónica» (e-MBE): metodología, ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17:113-25.
47. Bonfill Cosp X. *Asistencia sanitaria basada en la evidencia: de la evidencia a la práctica clínica*. Barcelona, SANED, 2000.
48. Bonfill X. (ed.). Centro Cochrane Iberoamericano. *Evidencia clínica: la fuente internacional de la mejor evidencia disponible para una atención efectiva de salud*. Bogotá, Grupo Editorial Legis S.A, 2002.
49. Juncosa S, Carrillo E, Bolívar B, Prados A, Gervás J. Sistemas de clasificación en grupos de iso-consumo (*case-mix*) en atención ambulatoria. Perspectivas para nuestra Atención Primaria. *Aten Primaria* 1996; 17:102-110.
50. Juncosa S, Bolívar B. Un sistema de clasificación de pacientes para nuestra atención primaria: los *ambulatory care groups* (ACG). *Gac Sanit* 1997; 11:83-94.
51. Wahls TL, Barnett MJ, Rosenthal GE. Predicting resource utilization in a veterans health administration primary care population: comparison of methods based on diagnoses and medications. *Med Care* 2004; 42:123-128.
52. Orueta JF, López de Munain J, Baez K, Aiarzaguena JM, Aranguren JJ, Pedrero E. Application of the ambulatory care groups in the primary care of a European national health care system: does it work? *Med Care* 1999;37:238-248.
53. Juncosa S, Bolívar B, Roset M, Tomás R. Performance of an ambulatory casemix measurement system in primary care in Spain. Ambulatory care groups (ACG). *Eur J Public Health* 1999; 9:27-35.
54. Bolaños Carmona V, Ocaña Riola R, Prados Torres A, Gutiérrez Cuadra P. Variations in health services utilization by primary care patients. *Health Serv Manage Res* 2002; 15:116-125.
55. Orueta JF, López de Munain J. ¿Es necesario que algunos pacientes nos visiten tan a menudo? Factores asociados con la utilización en Pediatría de Atención Primaria. *Gac Sanit* 2000; 14:195-202.
56. Hornigo Pozo A et al. Evaluación retrospectiva del comportamiento de los grupos de cuidados ambulatorios en un centro de salud. *Aten Primaria* 1998; 21:36-42.
57. Falcón Allonza I et al. *Memoria 2003 del Servicio Andaluz de Salud*. Sevilla, Servicio Andaluz de Salud-Consejería de Salud-Junta de Andalucía, 2004. (<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>).
58. Martín Martín JJ. Cambio e innovación institucional. Las nuevas experiencias en gestión sanitaria. En: Catalá FJ, de Manuel Keenoy E. *La salud pública y el futuro del bienestar. Informe SESPAS* 1998. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública-SESPAS, 1998.
59. López Casanovas G, Puig-Junoy J, Ganuza JJ, Planas Miret I. *Los nuevos instrumentos de la gestión pública*. [Colección Estudios Económicos, 31]. Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona «La Caixa», 2003. <http://www.estudios.lacaixa.es>
60. Martín Martín JJ. *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. Documento de Trabajo 14/2003*. Fundación Alternativas, 2003. (<http://www.fundacionalternativas.com>).
61. Pérez Doblado JA, Sánchez González E, Gil Buzón MV. Asignación presupuestaria en Atención Primaria. En: Aguilera Guzmán M et al. *Atención Primaria en el INSALUD: diecisiete años de experiencia*. Madrid, Instituto Nacional de la Salud, 2002.
62. Ponsà JA et al. Evaluación de la reforma de la Atención Primaria y de la diversificación de la provisión de servicios. *Fulls econòmics* 2003; 37:33-39.
63. Guarga A et al. Comparación de equipos de atención primaria de Barcelona según fórmulas de gestión. *Aten Primaria* 2000; 600-606.
64. Saturno PJ, Imperatori E, Corbella A. *Evaluación de la calidad asistencial en Atención Primaria. Experiencias en el marco de la Cooperación Ibérica: Diseños de Proyectos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
65. Palmer RH. *Evaluación de la Asistencia Ambulatoria. Principios y práctica*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
66. Comissió de millora de la qualitat. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. *Criteris de Qualitat en l'Atenció Primària de Salut*. Barcelona, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, 1993.
67. Comissió de millora de la qualitat. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. *Implantación de un plan de mejora de la calidad en la Atención Primaria de Salud*. Barcelona, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, 1994.
68. Agra Varela Y, García Boró S, Magrinyà Rull P. *Manual de garantía de calidad en Atención Primaria*. Madrid, Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid, 1994.
69. Aguilera Guzmán M et al. Programas de calidad. En: Aguilera Guzmán M et al. *Atención Primaria en el INSALUD: diecisiete años de experiencia*. Madrid, Instituto Nacional de la Salud, 2002.
70. Capelastegui Sáiz et al. *Guía de autoevaluación EFQM para unidades de gestión. Cómo mejorar la unidad*. Osakidetza, Vitoria-Gasteiz, 2004.
71. Anónimo. *Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la sanidad andaluza*. Sevilla, Consejería de Sanidad-Junta de Andalucía, 2000.
72. Torres Olivera A. La gestión por procesos asistenciales integrales: una estrategia necesaria. *Aten Primaria* 2003;561-563.
73. Navarro H, Pastor V. Sistemas de información. En: Temes JL, Pastor V, Díaz JL. *Manual de gestión hospitalaria*. Madrid, McGraw-Hill/Interamericana de España, 1992; p. 189.
74. Severiano S, Pla S, Fuentes C. Sistemas de información y estadística sanitaria. En: Lamata Cotando F. *Manual de administración sanitaria y gestión sanitaria*. Madrid, Díaz de Santos S.A, 1998; 612.
75. Watkins C, Harvey I, Langley C, Faulkner A, Gray S. General practitioners' use of computers during the consultation. *British Journal of General Practice* 1999; 49:381-383.
76. Bolívar B, Medina JF, Doz CJ, Martínez X. La idoneidad del registro exclusivo del problema de salud principal en Atención Primaria. *Atención Primaria* 1992; 9(8):417-421.
77. Prados Torres A, March Cerdá JC. Medida del producto en Atención Primaria. *Atención Primaria* 1998; 22(6):329-333.
78. Juncosa S, Bolívar B, Roset M, Martínez C. Influencia de la unidad de análisis en los estudios de utilización de recursos en Atención Primaria. *Gac Sanit* 1999; 13(1):53-61.
79. Gervás J, Pérez-Fernández M. Minimum basic data set in general practice: definitions and coding. *Family Practice* 1992; 9(3): 349-352.
80. Carrillo E, Juncosa S, Bolívar B, Parlin D, Hutchinson A, Fisher PJ. Conjuntos mínimos de datos en atención ambulatoria. *Gac Sanit* 1991; 5(26):225-230.
81. Libero J, Ordiñana R, Peiró S. Análisis automatizado de la calidad del conjunto mínimo de datos básicos. Implicaciones para los sistemas de ajuste de riesgos. *Gac Sanit* 1998; 12:9-21.
82. Peiró Moreno S. Medidas de actividad y producto sanitario. En: Del Llano Señarís J, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Núñez Cortés JM, Gené Badía J. *Gestión Sanitaria: Innovaciones y desafíos*. Barcelona, Masson,1998;197-217.
83. Otero Ocho LA, Pérez Torrijos G, Silva Sánchez D. Cuadro de mandos integral a nivel hospitalario basado en indicadores del modelo EFQM de excelencia. *Gestión Hospitalaria* 2002; 13:9-25.
84. Barrios-Blasco L, Pérez-Torres F, García-Rodríguez JN. Historia de salud del ciudadano: evolución y retos del futuro. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17:143-148.
85. Documentos SEMFYC número 13. *Informatización en Atención Primaria*. Barcelona, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 1999.
86. Informe SEIS. *La seguridad y confidencialidad de la información clínica*. Pamplona, diciembre de 2000.
87. Urbano Ispizúa. Sobre la informatización en Atención Primaria. *Atención Primaria* 2001; 27:580-581.
88. Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. *Med Clin (Barc)* 2002; 118:18-37.
89. Grupo de Trabajo de Bioética de la semFYC. Información y confidencialidad de la historia clínica. *Aten Primaria* 2004; 34:140-142.
90. Altisent R, Delgado-Mallorquín MT. La doble faz de la técnica: informatización y confidencialidad en la historia clínica. *Aten Primaria* 2004; 34:115-116.

La gestión de los hospitales

José Luis Martínez Meseguer
Director del Área de Consultoría de Salud de Deloitte

Objetivos

Resultaría muy ambicioso pretender que en un solo capítulo pudieran recogerse todos los conocimientos necesarios para la gestión de los hospitales. El objetivo que se persigue en las siguientes páginas es más modesto: exponer el concepto de hospital, las principales áreas funcionales que lo conforman y las líneas de futuro que se están trazando en estas organizaciones, con el fin de dar idea del impacto que todo ello puede tener sobre los profesionales y sobre las necesidades de gestión.

¿Qué es un hospital?

El término «hospital» comparte raíz etimológica con «hospedar», lo que denota la función inicial de estos establecimientos: el alojamiento. Durante años la característica principal y definitoria de un hospital ha sido la de internar a los enfermos para aliviar o curar sus dolencias. No en vano la superficie destinada a las unidades de hospitalización siempre ha sido la que ocupaba mayor espacio en los edificios hospitalarios. Sin embargo el concepto clásico de hospital ha ido cambiando paulatinamente. En la actualidad, lo que define a un hospital, más que su capacidad de alojamiento de enfermos, son sus medios tecnológicos y su capacidad para atender procesos complejos¹.

En 1946 la Organización Mundial de la Salud definió el hospital como «una parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación biosocial».

El hospital puede concebirse desde tres perspectivas:

1. La perspectiva del edificio hospitalario, entendido como un conjunto de espacios donde se desarrollan actividades asistenciales que requieren un alto grado de especialización, bien por las tecnologías asociadas a la asistencia o por las peculiaridades de sus espacios y circulaciones.
2. La de la organización hospitalaria, que cuenta con profesionales con un alto grado de especialización que se coordinan para ofrecer unos servicios que requieren la aplicación de diferentes disciplinas y conocimientos.

3. La perspectiva del servicio hospitalario, en la que el hospital aparece como una cartera de servicios dirigido a atender problemas de salud complejos por su gravedad o por su especificidad en el campo de la medicina.

Para comprender el concepto de hospital debemos tener siempre presentes estas tres vertientes, ya que un análisis centrado exclusiva o fundamentalmente en una de las perspectivas no permitiría abordar de forma adecuada la gestión de un hospital. Pero no hay que olvidar que aunque el hospital es el protagonista principal de lo que se denomina atención especializada no es el único espacio donde se desarrolla esta actividad, que se puede llevar a cabo también en diferentes marcos, como los centros ambulatorios o el propio domicilio del enfermo.

Tabla 4.1. Diferentes clasificaciones de los hospitales

Parámetro de clasificación	Tipologías de hospital
Cartera de servicios	Generales: cuando incluyen diversas especialidades y atienden un amplio abanico de patologías. Monográficos: cuando están destinados a una especialidad médica.
Ámbito de actuación	Locales, comarcales o de área: atienden un área específica. De referencia: cuando para algunas especialidades, además de atender a su propia área, son de referencia para otras áreas.
Dependencia patrimonial	Públicos Privados
Nivel de complejidad	Alta tecnología: disponen de la mayoría de los equipamientos diagnósticos y terapéuticos y de la mayoría de las especialidades, y pueden abordar patologías complejas. Complejidad media: disponen de un conjunto amplio de especialidades y medios diagnósticos. Complejidad baja: disponen de las especialidades básicas y no poseen medios diagnósticos complejos.

Existen diferentes clasificaciones de los hospitales en función de diversos parámetros, como su dependencia patrimonial, su cartera de servicios, su nivel de complejidad o su ámbito de actuación, entre otros (Tabla 4.1).

El producto hospitalario

Identificar cuál es el producto o servicio que ofrece un hospital no es una tarea sencilla. Para conseguirlo debemos tener en cuenta qué es lo que demandan al hospital los agentes que se relacionan con él: los enfermos, los profesionales y los financiadores. Para los agentes financiadores, tales como servicios públicos de salud o aseguradoras privadas, definir el producto hospitalario significa establecer las unidades por las que se retribuye la actividad. Por ello es especialmente importante que las unidades definidas sean objetivas y comparables entre centros, y que sean útiles para valorar la posible diferencia de precios que para un mismo producto existe entre distintos hospitales.

Una clasificación del producto hospitalario habitualmente aceptada es la que se basa en diferenciar los productos intermedios y los finales². Los productos intermedios son aquellos que forman parte de un proceso asistencial y que requieren de una agrupación de recursos y conocimientos específicos. Algunos ejemplos serían las pruebas diagnósticas, los servicios hosteleros o la consulta médica. Tradicionalmente la producción hospitalaria se ha medido a través de productos intermedios como las estancias, las consultas o las intervenciones quirúrgicas, o a través de indicadores que ponderaban los diferentes productos intermedios.

Los productos finales son aquellos que dan respuesta a un problema de salud. Algunos ejemplos podrían ser la atención a un parto o el tratamiento de un melanoma. El concepto de producto final ha evolucionado hacia procedimientos y procesos, y finalmente hacia grupos homogéneos de patologías como los grupos relacionados por el diagnóstico (DRG, *Diagnosis Related Groups*) o las categorías de gestión de pacientes (PMC, *Patient Management Categories*), que agrupan procesos sobre la base de la similitud de su complejidad y del volumen de recursos necesarios para su tratamiento. El pago por proceso se ha implantado en algunos ámbitos y casos, pero en la mayoría de los países no es la forma de financiación habitual de los centros hospitalarios.

La dificultad para establecer el producto hospitalario puede entenderse si se tiene en cuenta la necesidad de contener los costes de la atención sanitaria en los países desarrollados, especialmente en aquellos que gozan de los llamados estados del bienestar. Ninguno de los sistemas comentados contribuye a que los hospitales tiendan a contener sus costes. Bien al contrario, la definición de actividad como producto y la financiación basada en ella tiende a incrementar la actividad y, por tanto, los costes, todo ello sin soslayar que estos incrementos responden a diferentes causas como el envejecimiento de la población, la aparición de nuevas técnicas, etcétera. El concepto de producto hospitalario evolucionará probablemente a fórmulas que corresponsabilicen a los hospitales en la gestión de los recursos disponibles para la atención sanitaria. Así, el producto del hospital podría entenderse como la atención sanitaria especializada requerida por cada habitante de un

territorio determinado. Esta idea implica una financiación capitativa independiente de la actividad. De este modo se promueve la mejora del estado de salud de la población y la resolución de los problemas sanitarios del modo y en el lugar más eficiente, lo que obliga a una coordinación o integración de los diferentes niveles asistenciales y facilitan la visión por personas o casos.

Para entender los diferentes productos hospitalarios y su probable evolución hay que distinguir dos tipos de hospitales:

El hospital facilitador

El hospital facilitador, también denominado de cuadro médico abierto, no presta la mayoría de servicios asistenciales finales a los enfermos a través de su propia organización, sino que facilita todos los elementos necesarios para que profesionales ajenos a ella desarrollen allí su actividad. Este modelo corresponde al de algunos centros de titularidad privada que disponen de un reducido cuadro médico propio y que atraen a otros profesionales para que lleven a cabo en el hospital actividades propias de la atención especializada, como intervenciones quirúrgicas, algunas pruebas diagnósticas, consultas especializadas y otras. En este modelo el producto del hospital consiste en la atención hostelera a los enfermos y visitantes, la realización de pruebas diagnósticas vinculadas habitualmente a la imagen o a los análisis clínicos, la garantía de servicios que requieren continuidad o presencia física permanente, como urgencias o cuidados intensivos, y la facilitación de los espacios y la organización para que los profesionales desarrollen su actividad de consulta, quirúrgica y otros tratamientos.

El hospital prestador de servicios

El hospital prestador de servicios es aquel que dispone de recursos y organización asistenciales propios para prestar todos sus servicios finales al enfermo. Es el modelo habitual de todos los hospitales destinados a la asistencia financiada con recursos públicos, y comporta la existencia de cuadros médicos en la plantilla del centro.

Estructura organizativa de un hospital

La organización de los hospitales se puede estructurar con distintos criterios. Probablemente los más utilizados son el de ordenar los servicios con arreglo a su participación en el proceso asistencial y el de agrupación en áreas funcionalmente homogéneas.

Estructura organizativa según a la participación en el proceso asistencial

Esta organización ordena los servicios y áreas según su forma de participar en el proceso asistencial:

Servicios asistenciales especializados

Habitualmente están vinculados a especialidades o a áreas asistenciales. La organización clásica de estos servicios responde

a la estructura de especialidades médicas (cardiología, medicina interna, cirugía general, etc.) con equipos que comparten una misma formación de posgrado. No obstante, en algunas organizaciones se han estructurado equipos en torno a procesos o tipologías de enfermos (área del corazón, área de la mujer, etc.); estos equipos agrupan a los diferentes especialistas que participan en un mismo proceso asistencial.

Servicios centrales

Son servicios que colaboran con los anteriores en la resolución de los procesos asistenciales pero que no resuelven por sí mismos procesos completos. Podemos distinguir dentro este grupo dos tipos:

- **Servicios centrales diagnósticos:** sus características principales suelen ser su elevada dependencia de la tecnología y el hecho de llevar a cabo procesos muy estandarizados. El elevado coste de estas tecnologías se traduce en la búsqueda de un gran rendimiento en el uso de los equipos, por lo que tienden a concentrarse en áreas funcionales y a buscar economías de escala. Los servicios centrales diagnósticos son los laboratorios de análisis clínicos, anatomía patológica, genética y microbiología, y los servicios de diagnóstico por imagen y medicina nuclear.
- **Servicios centrales de apoyo:** son servicios que desarrollan servicios de apoyo no relacionados con el diagnóstico. En este grupo se encuentran los servicios de anestesia, rehabilitación, banco de sangre, dietética y farmacia.

Servicios no asistenciales de apoyo o servicios generales

Son aquellos que, sin tener carácter asistencial, facilitan los servicios y recursos que hacen posibles las labores asistenciales. Dentro de este grupo encontramos los servicios hosteleros, los servicios de mantenimiento, los servicios logísticos y los servicios administrativos y de gestión.

Estructura organizativa según la agrupación de áreas funcionales homogéneas

En la organización del hospital según la agrupación de áreas funcionales, podemos diferenciar las siguientes:

Áreas de hospitalización

Destinadas al internamiento de enfermos.

Áreas de atención ambulatoria

En ellas realizan servicios asistenciales que no requieren ingreso como el área de consultas externas, urgencias, cirugía ambulatoria y hospital de día.

Áreas de servicios diagnósticos y de tratamiento

En ellas se realizan pruebas o tratamientos que forman parte de los procesos asistenciales. En este grupo encontramos el bloque quirúrgico o el área de diagnóstico por la imagen.

Áreas de apoyo

Son áreas en las que se llevan a cabo tareas de apoyo a los procesos asistenciales como la cocina, la farmacia, los almacenes, las áreas administrativas y de gestión, los vestuarios, etcétera.

Áreas docentes

Están destinadas a las actividades de formación e investigación.

Las áreas de hospitalización

Las unidades de hospitalización o internamiento son áreas destinadas a alojar enfermos que por diferentes motivos deben permanecer ingresados más de un día en el hospital.

Se pueden diferenciar dos tipos de unidades de hospitalización: convencional y especial.

Unidades de hospitalización convencional

Son aquellas que no necesitan instalaciones especiales para el cuidado de los enfermos. Ello permite un uso polivalente entre diferentes especialidades. La dimensión óptima de este tipo de unidades se sitúa entre las 28 y 35 camas.

Unidades de hospitalización especiales

Son las que requieren condiciones diferentes a las convencionales por motivos de aislamiento, protección o por las características de los enfermos. Las unidades especiales son las de cuidados intensivos, psiquiatría y pediatría. No obstante, hay unidades que deben disponer también de alguna habitación especial como es el caso de oncología o medicina nuclear (para los enfermos en tratamiento con sustancias radiactivas o para enfermos que requieren aislamiento especial), medicina interna (para los enfermos con patologías infecciosas activas por vía aérea que necesitan aislamiento) y hematología o trasplantes (por necesitar un entorno aislado que impida la infección del enfermo inmunodeprimido). Existen algunas unidades que pueden tener habitaciones polivalentes, pero que deben contar con algunos espacios comunes peculiares, como es el caso de las unidades de obstetricia. Las unidades de hospitalización especiales son de tamaño variable, ya que suelen ajustarse a las necesidades del hospital, pero no alcanzan nunca las dimensiones de las unidades convencionales. Para las unidades de cuidados intensivos existen estudios que sitúan su dimensión óptima en 10 camas³.

Hospitalización domiciliaria

La hospitalización a domicilio es una práctica que intenta trasladar al domicilio del enfermo los cuidados propios de las unidades de hospitalización. Es aplicable en el caso de enfermos que no requieren cuidados complejos o muy continuados. Este sistema reduce el estrés y los efectos yatrogénicos de la hospitalización convencional. Tanto la hospitalización a domicilio como otras prácticas de asistencia ambulatoria sustitutivas del ingreso hospitalario tienden a penalizar los indicadores tradicionales basados en el uso de las camas. Así en un hospital en que se potencie la actividad asistencial ambulatoria, como la cirugía ambulatoria o la hospitalización a domicilio, es muy probable que se incremente la estancia media y que se reduzca el nivel de ocupación si no tiene una importante demanda no atendida. En cambio, es también probable que la complejidad de los

procesos de los pacientes ingresados sea mayor y que las cargas de trabajo de enfermería en las unidades de hospitalización aumenten⁴.

Las áreas de servicios diagnósticos y terapéuticos de apoyo

Entre las áreas de servicios diagnósticos y terapéuticos de apoyo las que cobran un mayor protagonismo son los servicios de diagnóstico por imagen, los laboratorios y las áreas quirúrgicas.

El servicio de diagnóstico por imagen

Los servicios de diagnóstico por imagen agrupan aquellas tecnologías diagnósticas que utilizan la imagen como base. La evolución de estas tecnologías es muy veloz, y las inversiones necesarias para mantenerlas permanentemente actualizadas y para renovarlas son muy cuantiosas. Por ello, para la planificación y gestión de estos servicios es fundamental sopesar muy bien la introducción de nuevas tecnologías y establecer previsiones en cuanto a su evolución. El equipamiento de un servicio de diagnóstico por imagen responde a tres criterios: la cartera de servicios finales del hospital, el volumen de enfermos previsible y la imposibilidad o inconveniencia de aprovechar otros recursos ya existentes. Los períodos de amortización de estos equipos son cortos, lo que obliga a ajustadas programaciones que convierten los procesos diagnósticos en procesos fabriles, donde los tiempos y la estandarización de las pruebas son fundamentales. La organización de los servicios de diagnóstico por imagen puede seguir dos criterios: agrupar los espacios y profesionales por tipos de tecnología (área de ecografía, área de radiología convencional, área de endoscopias, etc.) o agruparlos por sistemas o aparatos del cuerpo humano (área del sistema nervioso, área del aparato digestivo, etc.) (Tabla 4.2). La escasez de profesionales, la superespecialización y las posibilidades que ofrece la telemedicina son factores que hacen que no siempre sea necesaria la presencia física del radiólogo en el servicio de radiología. Existen experiencias exitosas con equipos de interpretación de imágenes instalados en puntos distantes de los centros donde se encuentran los equipos diagnósticos

En la mayoría de los casos se opta por organizar los espacios del servicio según la agrupación por tecnologías, pudiendo organizarse de un modo u otro los profesionales del servicio.

Tabla 4.2. Tipos de organización de los servicios de diagnóstico por imagen

Basada en la tecnología	Basada en sistemas o aparatos del cuerpo humano
Facilita la labor de los técnicos del servicio	Incrementa el valor del profesional del servicio frente a los profesionales asistenciales
Facilita una mayor profundidad en el conocimiento de cada técnica	Facilita la organización por procesos
Vincula a los profesionales con una tecnología	Requiere más espacio y dificulta un rendimiento óptimo de los equipos

Laboratorios

Los laboratorios abarcan diferentes áreas funcionales agrupadas según los ámbitos de conocimiento o especialidades médicas, que pueden diferir según los países. En España estas áreas son las de análisis clínicos, anatomía patológica, hematología, inmunología, microbiología y genética. Cuando los análisis se realizan con equipos automatizados la dinámica de trabajo se asimila en gran parte a la de los procesos industriales, y no requiere la presencia del enfermo. Por ello, frente a los antiguos laboratorios compartimentados en la actualidad se tiende a crear espacios abiertos con numerosos equipamientos que permitan la automatización de las tareas. Este hecho no resta valor a la aportación de los especialistas en estas áreas, que deben ocuparse también de ayudar a los clínicos en la identificación, protocolización e interpretación de las pruebas más adecuadas para cada proceso.

La existencia de equipos de análisis capaces de asumir elevados niveles de producción comporta economías de escala que pueden aportar eficiencia a la gestión de los laboratorios. Por ello, en algunos hospitales se están desarrollando proyectos de centralización de los laboratorios, que se traducen en grandes espacios que prestan servicio a más de un centro asistencial.

Área quirúrgica

Los quirófanos son espacios singulares en los que tienen lugar intervenciones quirúrgicas. La agrupación de varios quirófanos, junto con los espacios auxiliares que requieren, da lugar a un área o bloque quirúrgico. No obstante, la evolución de las técnicas quirúrgicas está transformando la ubicación y características de las áreas quirúrgicas en el hospital.

Así, la proporción de intervenciones quirúrgicas que se realizan sin necesidad de internar al enfermo está aumentando cada vez más, y en la actualidad un 50 y un 60% de las intervenciones mayores se pueden realizar de forma ambulatoria. Esto implica que puede aumentar el espacio dedicado a quirófanos, ya que la actividad quirúrgica no se ve limitada por la disponibilidad de camas, y que su ubicación debe facilitar el acceso a los enfermos ambulatorios.

Los espacios de apoyo del bloque quirúrgico incluyen, además de los almacenes, vestuarios y recepción, las zonas donde se lleva a cabo la preparación y la recuperación del enfermo. Estas zonas, junto con el propio quirófano, configuran el área de actuación del anestésista. La preparación del enfermo se realiza en el área de preanestesia, que puede ser común o individual para cada quirófano. El área de reanimación es la unidad donde permanecen los enfermos tras la intervención hasta que están suficientemente estabilizados para pasar a una unidad de hospitalización convencional.

Existen dos modelos de áreas quirúrgicas (Tabla 4.3):

1. Área o bloque quirúrgico centralizado: los quirófanos se agrupan en una sola área y comparten espacios y servicios comunes tales como almacenes, esterilización o reanimación.
2. Área o bloque quirúrgico descentralizado: los quirófanos se distribuyen por el hospital agrupados por especialida-

Tabla 4.3. Comparación de los dos modelos de bloque quirúrgico

Bloque quirúrgico centralizado	Bloque quirúrgico descentralizado
Mejor aprovechamiento del espacio por unificación de espacios comunes y de circulaciones	Mayor necesidad de espacio
Tendencia a la polivalencia del personal de enfermería	Tendencia a la especialización del personal de enfermería
Mayor rendimiento de quirófanos en términos de ocupación debido a la posibilidad de uso polivalente	Menor rendimiento del espacio quirúrgico con unos bloques saturados y otros infrautilizados
Espacios polivalentes con equipos específicos, en su mayoría móviles	Espacios especializados que permiten la personalización y la ubicación permanente de equipamiento específico
Mayor facilidad de gestión y eficiencia en el servicio de anestesia	Descentralización del servicio de anestesia, lo que dificulta su gestión
Parte del utillaje e instrumental quirúrgico se puede compartir	Se necesita más material quirúrgico
Facilita la gestión de la preanestesia, reanimación y esterilización	Dificulta la gestión de la preanestesia, reanimación y esterilización

des, plantas, edificios, etc. Es un modelo que se contempla con frecuencia en hospitales cuyos espacios están distribuidos en varios edificios.

Aunque a priori el modelo centralizado resulta más eficiente en cuanto al uso del recurso del espacio quirúrgico hay que contemplar excepciones que pueden justificar la descentralización. Algunos de estos casos son grandes hospitales con áreas de más de 10 quirófanos o centros que no tengan bien resuelta la circulación propia de cirugía ambulatoria, que pueden optar por diferenciar el bloque quirúrgico ambulatorio.

Áreas ambulatorias

Las áreas ambulatorias son aquellas en las que se realizan actos asistenciales que no requieren hospitalización. Dentro de estas áreas están las consultas externas, los gabinetes de pruebas especiales, el área de cirugía ambulatoria, el área de urgencias o el hospital de día.

El formidable crecimiento de estas áreas está poniendo en dificultades a algunos hospitales que no son capaces de asumir el volumen y los tipos de circulaciones que genera la actividad ambulatoria. Por ello se ha planteado en muchos casos si es necesario que estos espacios estén dentro del hospital o si se podrían ubicar en otros lugares. Todas las áreas ambulatorias tienen en común la necesidad de disponer de accesos fáciles desde el exterior para los enfermos ambulatorios, de modo que esta circulación no interfiera en la actividad de las áreas en las que se trabaja con enfermos ingresados. Esta necesidad, y la voluntad de establecer una dinámica de trabajo diferenciada, ha llevado a algunos hospitales a crear centros de tratamientos ambulatorios que funcionan de forma autónoma y en los que se agrupan los profesionales y recursos necesarios para llevar a cabo esos procesos. La experiencia de estos centros ponen en entredicho el concepto tradicional de hospital, ya que se trata de centros con capacidad para resolver procesos hospitalarios sin necesidad de disponer de unidades de internamiento.

Los servicios que desarrollan su actividad en las áreas ambulatorias tienden a incrementar de forma natural su nivel de autonomía con el fin de ser más resolutivos. Esta tendencia, facilitada por el abaratamiento y la reducción de algunas tecnologías diagnósticas

y terapéuticas, así como por la menor agresividad de muchos tratamientos, conduce a trasladar a las áreas ambulatorias actividades que anteriormente se realizaban en los servicios centrales del hospital. Así, ya se considera habitual que estas áreas cuenten con ecógrafos, fibroscopios y otros equipos, y que en ellas se realicen intervenciones cada vez más agresivas.

Área de consultas

En las consultas externas los profesionales del hospital atienden a enfermos ambulatorios que acuden por un problema de salud cuyo diagnóstico o tratamiento requiere conocimientos especializados. Casi todos los espacios destinados a consultas pueden ser polivalentes, es decir, pueden ser utilizados de forma indistinta por diferentes especialidades. Existen algunas especialidades, como las de otorrinolaringología, oftalmología, urología, cirugía maxilofacial y obstetricia que por sus características especiales, como el equipamiento necesario para consulta, ocupan espacios de un uso exclusivo.

Para calcular la productividad teórica de consultas por especialidad existen valores de referencia que establecen el tiempo necesario para la primera visita según cada especialidad (entre 30 y 60 minutos) y para segunda visita (entre 10 y 20 minutos)⁵. La productividad de muchos centros supera estos estándares por lo que en trabajos de planificación se suele asignar 20 minutos para una primera consulta y 10 para una segunda, con excepciones para algunas especialidades.

El área de consultas es una de las vías de entrada naturales a los servicios del hospital. Habitualmente el paciente es remitido por un profesional de atención primaria a la consulta con un especialista, que puede utilizar los recursos diagnósticos y terapéuticos del hospital para resolver el problema de salud. Las consultas constituyen la vía de acceso natural para los ingresos programados en las unidades de hospitalización, especialmente en los servicios quirúrgicos.

Urgencias

Los servicios de urgencias de los hospitales están sometidos a una elevada demanda, al ser en muchos casos el punto de referencia que tienen los ciudadanos cuando padecen una dolencia repentina o un proceso sentido como urgente. Su gran volumen de actividad y la

presión asistencial hacen que estas áreas tiendan a dotarse de gran autonomía, hasta el punto de que algunos disponen de quirófanos, laboratorio o servicios de diagnóstico por imagen propios.

En los hospitales públicos las urgencias suelen ser la principal puerta de entrada de los usuarios a los servicios de hospitalización. De hecho, en la mayoría de los centros públicos más del 50% de los pacientes hospitalizados ingresan a través de urgencias. Este ratio recibe el nombre de presión de urgencias.

El principal problema de los servicios de urgencias es la dificultad para prever el volumen de actividad que habrá que realizar. Sin embargo, existen dos herramientas que pueden ayudar a evitar colapsos y deficiencias en la calidad del servicio prestado: las herramientas de planificación y la tria de enfermos.

Las herramientas de planificación consisten en modelos de previsión, que basándose en la información histórica del centro y en otros parámetros que se pueden introducir (temperatura exterior, nivel de alérgenos en el ambiente, etc.), tratan de prever la demanda esperada. Es interesante llegar a establecer una previsión por día de la semana y tramos horarios, aunque el sistema de contratación de personal hace difícil adaptarse a las puntas de demanda horarias.

Los sistemas de triaje o clasificación de los enfermos provienen de la medicina de guerra y catástrofes, y suponen una forma de ordenar las prioridades y formas de la atención que se presta. El triaje permite diferenciar los enfermos con una urgencia vital que pone en riesgo inmediato su vida, los enfermos con una urgencia susceptible de ser atendida en un hospital y los enfermos con una urgencia que podría atenderse en un centro asistencial de menor nivel. Esta clasificación que en algunos centros se realiza de forma protocolizada y a través de *software* específicos, permite priorizar la demanda. La organización interna del servicio de urgencias puede basarse también en niveles asistenciales que estructuren los recursos según el triaje del enfermo.

Hospital de día

El hospital de día ofrece la posibilidad de que los enfermos permanezcan ingresados en el hospital, pero sin pernoctar en él. Resulta de utilidad para tratamientos o procesos en los que conviene realizar una observación del enfermo durante algunas horas. Los perfiles de usuarios más habituales del hospital de día son los enfermos oncológicos o con patologías infecciosas que reciben tratamiento farmacológico por vía endovenosa, y los enfermos que han sido sometidos a una prueba diagnóstica o proceso terapéutico que puede requerir un período de observación para garantizar la recuperación, como los cateterismos o las endoscopias. La organización de una unidad de hospital de día no difiere en exceso de la de una unidad de hospitalización convencional pero dada la brevedad de las estancias los espacios suelen ser más reducidos. Aunque habitualmente se diseñan espacios de uso individual para garantizar la privacidad del enfermo, también se preconiza el uso de espacios abiertos en las áreas destinadas a enfermos oncológicos.

Área de cirugía ambulatoria

El área de cirugía ambulatoria alberga los procesos asistenciales quirúrgicos que pueden realizarse sin necesidad de que el enfermo ingrese en las unidades de hospitalización. Las nuevas técnicas y la presión por liberar recursos de hospitalización han elevado el porcentaje de cirugía mayor ambulatoria hasta más del 50% en algunos hospitales.

Para que un área de cirugía ambulatoria funcione bien se deben crear circuitos propios y diferenciados del bloque quirúrgico donde se lleva a cabo la actividad con enfermos ingresados. Es preferible que el área cuente con personal propio y que disponga de un acceso fácil desde el exterior. El proceso de anestesia y reanimación suele ser más rápido, y también el tiempo medio de intervención, por lo que la capacidad productiva de un bloque quirúrgico de este tipo medida en número de intervenciones, es elevada en comparación con la de los quirófanos tradicionales.

Áreas de apoyo

Las áreas y servicios de apoyo realizan tareas que contribuyen a la consecución del proceso asistencial. Se trata de servicios especializados (como farmacia), logísticos (como transporte y almacenes), vinculados a la gestión del edificio (como mantenimiento, limpieza o seguridad) o relacionados con la actividad hostelera (como cocina y lavandería). Al tratarse de servicios numerosos y de naturaleza diversa sólo se abordarán de forma detallada algunos de ellos.

Farmacia

El servicio de farmacia tiene como función gestionar la adquisición, manipulación y preparación de fármacos. Sin embargo, probablemente sea su vertiente de asesoramiento a los equipos asistenciales en materia de farmacoterapia lo que encierra mayores posibilidades y puede aportar más valor a la organización del hospital. En algunos centros el servicio de farmacia también asume un papel pseudoasistencial a través de la dispensación de fármacos a los enfermos.

Habitualmente el área destinada a farmacia se distribuye en una zona de almacén, donde se guardan los medicamentos; una zona de dispensación, donde se prepara la medicación para ser distribuida; una zona de formulación magistral, donde se elaboran fórmulas, citostáticos y nutriciones parenterales; un área de información sobre medicamentos, donde se informa a otros profesionales, y un área o conjunto de espacios auxiliares como aseos, despachos y otros.

Una práctica muy extendida para suministrar la medicación a los enfermos es la preparación de unidosis, es decir, la preparación de las dosis unitarias de fármacos que ha de tomar cada enfermo en un período determinado (habitualmente, 24 horas). Este servicio facilita la labor del personal de enfermería en las unidades de hospitalización y supone una garantía de la calidad del uso de fármacos al reducir los errores en las tomas. El sistema de unidosis también evita el almacenamiento de fármacos en las unidades de hospitalización con el consiguiente riesgo de caducidad, mala conservación, acumulación innecesaria, etcétera

Cocina

El servicio de cocina puede estar ubicado en el propio hospital o fuera de él, si disponemos de medios de transporte que permitan que los alimentos se mantengan en buenas condiciones, sobre todo en lo que respecta a la temperatura.

En un servicio de cocina existe un área de recepción de mercancías, que debe disponer de zona de carga y descarga y de un sistema de pesaje; una zona de almacenes y cámara, donde se conservan los alimentos hasta el momento en que se consumen; una zona de preparación, donde se realiza la primera preparación de

los alimentos, y que suele estar dividida en preparación de verduras y vegetales, pescados, carnes y alimentos fríos; una zona de cocción; una zona de distribución o emplatado, donde se colocan en recipientes al efecto los alimentos ya preparados; una zona de lavado, a menudo mecanizada con túneles de lavado, y áreas de apoyo, como vestuarios, despachos, etcétera.

Los dos sistemas más extendidos en la cocina hospitalaria son los que se denominan cadena caliente y cadena fría. En la cadena caliente o tradicional los alimentos se preparan y cocinan en las horas previas a su consumo. Tras su cocinado o preparación, se distribuyen a las unidades de hospitalización procurando mantener las condiciones de temperatura y textura. Los inconvenientes de la cadena caliente son la dificultad para mantener la comida en buenas condiciones hasta que llega al enfermo y la necesidad de ajustar los horarios y requerimientos de cocina a los horarios de comidas de los enfermos. En la cadena fría, una vez preparados y cocinados, los alimentos se someten a un abatimiento de temperatura rápido y se mantienen en cámaras hasta el momento del consumo; entonces se regeneran introduciéndolos en hornos instalados en la propia cocina o en las unidades de hospitalización. Este sistema permite que la organización del trabajo en la cocina sea independiente del horario de comidas de los enfermos, lo que optimiza la capacidad productiva de la cocina.

Lavandería

La lavandería se encarga de la limpieza, conservación y control de los textiles que se utilizan en el hospital. Se suelen distinguir tres tipos de ropa: de forma, como los uniformes, pijamas, pantalones, etc.; de línea o plana, como toallas, sábanas, manteles, etc; y la ropa variada, como gorros, medias, zuecos, etc. El proceso de lavandería comprende la manipulación y recogida de ropa, el proceso de lavado y la distribución. Por término medio un hospital genera alrededor de 5 kg de ropa por cada cama de hospitalización. Esta proporción, como todas las basadas en la cama de hospitalización, está perdiendo fiabilidad en la medida en que aumenta la actividad en cirugía ambulatoria, hospital de día y otras áreas que realizan procesos sin ingreso.

Compras

Es el área responsable de adquirir en el mercado los aprovisionamientos (salvo, generalmente, alimentos y medicamentos) que el centro necesita para su funcionamiento. Un hospital puede manejar miles de referencias distintas. En algunos casos esa diversidad se justifica por la multitud de actividades distintas que se realizan, pero en otros casos puede obedecer a una escasa estandarización en el uso de los materiales. Por ello, entre las funciones del área de compras debe estar la de promover la homogeneización en el uso de materiales y la racionalización de su consumo.

Logística

Aunque en algunos centros se trata de una función asociada a la de compras, cada vez es más frecuente que se constituya como un área independiente encargada del transporte de todos los materiales del hospital (material fungible, fármacos, lencería, residuos, cocina, etc.) y de la reposición en los almacenes periféricos. El objetivo del área de logística es facilitar los materiales necesarios para la actividad en los puntos en que se requieren distorsionando

lo menos posible la labor asistencial y minimizando el material almacenado.

Algunos hospitales han instalado sistemas automatizados para el transporte de materiales mediante plataformas robotizadas capaces de cargar carros con materiales y realizar un circuito por el hospital hasta llegar al destino que se les ha prefijado. Se trata de sistemas que han demostrado su utilidad en hospitales grandes con largas circulaciones horizontales, planificando estos sistemas ya en el diseño y construcción del edificio.

Bases metodológicas para la planificación funcional del hospital

Denominamos planificación funcional a la labor de descripción de los espacios de un hospital asociada a un modelo organizativo. En la planificación funcional podemos distinguir varias fases o tareas:

- Análisis de la demanda potencial, a través de proyecciones demográficas, de la previsión del case-mix, y de las previsiones de frecuentación de los servicios y de tendencias de la población.
- Definición de un modelo organizativo y de la cartera de servicios: consiste en definir los circuitos básicos del hospital, elegir la cartera de servicios que se van a prestar y establecer algunos criterios organizativos básicos que constituyen el marco de desarrollo para todas las áreas y servicios.
- Definición de espacios y de organización de áreas funcionales: en esta etapa se trata de identificar las necesidades detalladas de espacios de cada área o servicio. Es importante conocer para cada espacio la superficie necesaria, la proximidad necesaria a otros espacios o áreas, las peculiaridades en cuanto a instalaciones o equipamientos. Es igualmente importante determinar para cada área la organización básica por la que se regirá cada área funcional, que será indispensable para la definición de los espacios.
- Elaboración del programa funcional del hospital, mediante la integración de todas las necesidades de espacios, comprobando que no se producen duplicidades o contradicciones y definiendo la proximidad que deben tener las diferentes áreas o servicios entre sí.

El plan funcional es la herramienta básica que debe utilizar el arquitecto para desarrollar el proyecto de construcción o remodelación del centro.

En un plan funcional pueden participar el equipo directivo del hospital, profesionales responsables o conocedores de cada área o servicio, asesores externos y el propio equipo de arquitectura que desarrollará posteriormente el proyecto arquitectónico. La participación de todos ellos debe realizarse de modo que se extraiga el máximo de información útil sobre las necesidades previsibles, sin olvidar que existe un marco general que es la previsión de la organización general del centro.

Información para la gestión del hospital

Para velar por la buena gestión de un centro hospitalario es indispensable disponer de información estructurada de tal modo que resulte útil. Existen muchos indicadores para centros hospita-

Tabla 4.4. Indicadores de gestión tradicionales

Área	Indicador	Descripción	¿Cómo se calcula?
Hospitalización	Estancia media	Número medio de días que los enfermos permanecen ingresados en las unidades de hospitalización	Total estancias / total de altas
	Índice de rotación	Número medio de enfermos que son dados de alta por cada cama del hospital	Total de altas / total de camas funcionantes
	Peso de GRD	Nivel de complejidad de los enfermos atendidos según el sistema de Grupos Relacionados por el Diagnóstico	Media de la complejidad teórica asignada a cada grupo diagnóstico
Área quirúrgica	Tiempo disponible de quirófano	Horario durante el cual los quirófanos pueden realmente ser utilizados para actividad quirúrgica	Horario de quirófano durante el cual hay personal disponible
	Porcentaje de cancelaciones	Porcentaje de intervenciones programadas que han sido canceladas	Total intervenciones canceladas * 100 / Total intervenciones programadas
	Rendimiento quirúrgico	Porcentaje del tiempo disponible que se utiliza realmente para actividad quirúrgica	Suma de los tiempos de intervención quirúrgica * 100 / Tiempo disponible de quirófano
	Tiempo medio de cambio entre intervenciones	Tiempo medio que transcurre entre el final de una intervención y el inicio de la siguiente	Media de los tiempos entre intervención
Urgencias	Urgencias diarias	Promedio de urgencias atendidas cada día en el servicio	Total de urgencias año/365
	Porcentaje de urgencias ingresadas	Porcentaje de enfermos atendidos en urgencias que son ingresados en unidades de hospitalización	Total ingresos procedentes de urgencias / Total urgencias atendidas
	Tiempo medio de espera en urgencias	Tiempo que transcurre desde que el enfermo solicita la atención en urgencias hasta que es atendido	Promedio de las diferencias entre la hora de registro en el servicio y la hora de atención

larios que recogen las principales cifras que hay que tener en cuenta (Tabla 4.4). Sin embargo, el valor de esos indicadores se hace patente cuando el hospital los escoge y ordena en función de la estrategia y objetivos generales o específicos del centro. En muchos casos los indicadores se convierten en objetivos en sí mismos en una dinámica absurda generada por el hecho de que la evaluación del centro y la del propio equipo gestor dependen del grado de cumplimiento de unos indicadores escogidos previamente.

Los indicadores tradicionales suelen hacer referencia a la actividad, y están muy extendidos, de forma que permiten la comparación entre centros. Algunos ejemplos de estos indicadores son el índice de ocupación, la estancia media, la frecuentación de urgencias, el índice de rotación, etcétera.

Sin renunciar a los indicadores tradicionales la dirección del hospital debe disponer de indicadores de gestión vinculados a la estrategia y objetivos del centro. Así, al establecer los objetivos se deben escoger también indicadores que permitan su seguimiento. En la medida en que los objetivos de los centros suelen centrarse más en elementos relacionados con la salud de la población, también los indicadores deben ser capaces de recoger esa información. Se trata de una visión innovadora que debe ir unida a sistemas de financiación que fomenten comportamientos en esa línea^{6,7}.

Nuevas formas de gestión en los hospitales

Existen tres líneas de cambio que suponen nuevas fórmulas de organización y de gestión para los centros hospitalarios: la introducción de nuevas formas jurídicas, la búsqueda de marcos de colaboración entre el ámbito público y el privado para facilitar las grandes inversiones, y la reorganización de los hospitales sobre la base de los procesos asistenciales. Cada una de ellas pretende resolver algunos puntos débiles de las organizaciones tradicionales.

En los hospitales de titularidad pública la relación laboral con los trabajadores y los procesos de contratación y de compras están sometidos a la legislación o ámbitos normativos aplicables a las Administraciones Públicas. Es evidente que ese marco de relaciones dificulta la gestión de organizaciones en las que la flexibilidad y la capacidad de incentivar son elementos importantes. Por ello, algunas Administraciones han ensayado con nuevas fórmulas jurídicas, tales como fundaciones, empresas públicas o consorcios, que permitan gestionar los hospitales en un marco jurídico similar al de la empresa privada⁸. El objetivo de estas experiencias es conseguir que los hospitales sean más ágiles en su adaptación a las necesidades del mercado, más eficientes en la contratación de los recursos que requieren, y que generen mayores niveles de productividad y de satisfacción en sus profesionales.

Otro de los problemas con los que se enfrentan las Administraciones Públicas que planifican y gestionan los recursos sanitarios es la dificultad de acometer las cuantiosas inversiones que requieren los equipamientos hospitalarios. En 1992 se introdujo en el Reino Unido la denominada iniciativa de financiación privada (PFI) como medio para facilitar la inversión en equipamientos públicos mediante la participación del capital privado⁹. El objetivo inicial era atraer flujos de inversión y mejorar los servicios vinculados a los activos a través de empresas privadas que aportaran recursos y capacidad de gestión. Desde entonces se han desarrollado diferentes proyectos en el marco de la PFI, siendo el *National Health Service* (Servicio Nacional de Salud) el que ha llevado a cabo más iniciativas para facilitar la construcción o remodelación de centros sanitarios. Algunos ejemplos son el *ACAD Centre* (Central Middlesex Hospital) o el *Norfolk and Norwich Hospital*. En los proyectos de PFI una empresa privada se responsabiliza de construir y equipar un hospital a cambio de un contrato para prestar servicios relacionados con la gestión del edificio y otros servicios generales. Los servicios asistenciales y el conjunto del hospital son gestionados por el *National Health Service*, habitualmente a través de organizaciones denominadas *trusts*. Los servicios que pueden ser contratados a la empresa privada que se hace cargo de la inversión pueden ser los de mantenimiento, limpieza, *catering*, aparcamiento, esterilización, recepción, seguridad, lavandería, jardinería, mensajería, telecomunicaciones, sistemas de información, suministro energético y servicios financieros. Los contratos que recogen la forma y pago de estos servicios son muy detallados y contemplan sistemas de penalización por deficiencias en la calidad del servicio. Este modelo se ha extendido a otros países como Portugal, Dinamarca y España.

La reorganización a partir de los procesos supone un rediseño organizativo del hospital que rompe el esquema tradicional de organización por especialidades o servicios y agrupa los recursos de la forma en que mejor puedan responder a las necesidades que se derivan de los procesos de los enfermos. De este modo se consiguen dos objetivos importantes: enfocar la organización hacia las necesidades de sus clientes y obtener más eficiencia en el modo en que se trata a los enfermos, ya que son los recursos los que se agrupan en torno al enfermo y no al revés. Existen herramientas que pueden ayudar en la implantación de cambios de este tipo, como las guías clínicas o los sistemas de información basados en la gestión clínica.

La gestión del conocimiento y la investigación

La gestión del conocimiento y la investigación forma parte casi intrínseca de los servicios que genera un hospital. Aunque ambas actividades son inherentes a una organización con un elevado nivel de conocimiento como lo es un hospital, es conveniente identificarlas y aislarlas con el fin de gestionarlas adecuadamente y de separar su financiación de la que proviene de los servicios asistenciales del hospital.

El conocimiento surge de la interpretación y aplicación de la información. Nonaka¹⁰ ha desarrollado una clasificación que diferencia el conocimiento explícito y el tácito (Tabla 4.5). El conocimiento explícito es aquel que está documentado, es cuantificable y es fácil de comunicar y de compartir. El conocimiento tácito está integrado por ideas, habilidades o valores y es difícil de transmitir, pero tiene una gran influencia sobre el comportamiento y la actitud de las personas.

La formación es un elemento presente siempre en un hospital de forma permanente. El sector sanitario es uno de los que dedica mayores esfuerzos a la formación de sus profesionales. Sin embargo, debemos distinguir los diferentes tipos de formación que existen, tal como se muestra en la Tabla 4.6, ya que un buen plan de formación deberá contener acciones pertenecientes a cada uno de los ámbitos.

La investigación que se lleva a cabo en los hospitales suele ser de carácter clínico, es decir, se desarrolla sobre los enfermos y busca una aplicación práctica inmediata. Es indiscutible que los hospitales del Sistema Nacional de Salud deben desempeñar un papel relevante en la investigación biomédica, ya que cuentan con los recursos más idóneos para llevarla a cabo. Sin embargo, los esfuerzos destinados a la investigación deben estar definidos con el fin de garantizar que respondan a los objetivos de las entidades responsables de planificar los programas de investigación o a los del propio hospital, que existen resultados asociados a los proyectos de investigación y que se aprovechan las posibles fuentes de financiación. Es necesario que exista una estructura que se responsabilice de centralizar la información y la gestión de las iniciativas de investigación del hospital, especialmente si se trata de grandes hospitales o de regiones o territorios que agrupan a varios centros hospitalarios de diferentes tamaños. Esta estructura debe planificar y jerarquizar las líneas de investigación, ofrecer apoyo administrativo y de gestión a los grupos de investigación, gestionar la captación de recursos externos y promover la creación o el acceso a recursos comunes, como laboratorios o centros de investigación básica.

Tabla 4.5. Formas de transmisión de conocimiento según la clasificación de Nonaka

	Conocimiento tácito	Conocimiento explícito
Conocimiento tácito	La socialización y experimentación permite la adquisición de habilidades a través del contacto entre personas que genera dinámicas de imitación	La articulación o conceptualización transforma el conocimiento tácito en explícito, facilitando así su transmisión a otras personas
Conocimiento explícito	La internalización es el paso del conocimiento explícito a tácito y consiste en conseguir generar actitudes o capacidades a través de la interiorización de ideas	La combinación de diferentes formas de conocimiento explícito (sesiones, intercambio de documentos, consulta de publicaciones) es la forma más habitual de transmisión de conocimiento en las organizaciones

Tabla 4.6. Tipos de formación en un hospital

Ámbito	Objetivo	Contenido
Institucional	Identificar al individuo con los objetivos de la organización	Comunicación de los valores, objetivos y estructura de la organización
Profesional: desempeño	Mejorar el rendimiento en el puesto de trabajo y motivar al individuo	Relacionado con las tareas que desempeña en su puesto de trabajo y con aquellas que se desea potenciar para facilitar su desarrollo en la organización
Profesional: conocimientos específicos	Incrementar el nivel de conocimiento de la organización y facilitar los procesos de innovación Motivar al individuo	Relacionados con el perfil profesional del individuo
Docente	Facilitar los conocimientos y habilidades para el desempeño de una profesión	Relacionado con el programa docente de los centros de formación
Comunidad	Mejorar el estado de salud de la población	Relacionado con la educación sanitaria y con la promoción de la salud

Los resultados de la investigación se pueden medir a través, por ejemplo, del análisis de las publicaciones de los profesionales del hospital utilizando factores de impacto que ponderan la repercusión y no sólo el volumen de las publicaciones.

Los sistemas multihospitalarios

Habitualmente los hospitales han funcionado como entidades autónomas con pocas o nulas relaciones con otros centros, aun perteneciendo a una misma titularidad. La necesidad de abordar mejor el mercado, en unos casos, o la de reducir costes de funcionamiento, en otros, ha empujado a muchos hospitales a incorporarse a grupos que gestionan varios centros como forma de reunir ventajas competitivas frente a la situación de aislamiento. La gestión de estos sistemas es diferente en el ámbito público y en el privado, ya que algunos de los objetivos que se persiguen con la integración de los centros son distintos. El país donde más se han desarrollado estas experiencias es Estados Unidos.

Los sistemas multihospitalarios consisten en redes de hospitales que comparten recursos organizativos y de gestión con el fin de mejorar el servicio o de reducir los costes. El nivel de interrelación entre los centros y de centralización de actividades puede ser muy variado. Existen varios ámbitos en los beneficios derivados de una estructura multihospitalaria:

- Centralización de servicios de carácter industrial, como los de lavandería, mantenimiento, cocina y laboratorio de análisis clínicos. Se trata de servicios en los que las economías de escala generan ventajas en lo que se refiere a los costes y a la posibilidad de introducir tecnologías o equipamientos que mejoran o automatizan los procesos de producción.
- Centralización de servicios de gestión como los de planificación, comunicación, gestión económico-financiera, gestión de recursos humanos y gestión de compras. De este modo se pueden transmitir las experiencias entre los diferentes centros y se obtiene mayor profesionalidad en los equipos de gestión cuya estructura, además, puede reducirse.
- Centralización de servicios asistenciales que, sin que necesariamente implique una concentración física sí puede generar beneficios en la transmisión del conocimiento entre los dife-

rentes centros o en el desarrollo de líneas asistenciales de excelencia que prestan apoyo a varios centros.

Existen algunos factores que pueden facilitar la implantación o el desarrollo de un sistema multihospitalario, tales como la existencia de un sistema de información asistencial único o compartido, la financiación no vinculada a la actividad o la proximidad geográfica. La introducción de sistemas de financiación capitativos puede facilitar la evolución de las organizaciones hacia sistemas multihospitalarios que integren diferentes dispositivos asistenciales que, compartiendo la información sobre la población a la que dan cobertura, desarrollen servicios compartidos o centralizados (Tabla 4.7).

Tabla 4.7. Factores que inciden en el desarrollo de un sistema multihospitalario

Factores facilitadores	Factores limitantes
Existencia de un sistema de información común con una única historia clínica	Coexistencia de diferentes sistemas de información
Condiciones laborales similares en los diferentes centros de trabajo	Diferencias en las condiciones laborales en los diferentes centros
Similitud en el perfil y cartera de servicios de los centros	Diferencias en la tipología de los centros
Proximidad geográfica	Dispersión geográfica
Visión en la organización de la necesidad de cambio	Culturas organizacionales fuertes con escasa sensibilidad al cambio
Financiación de tipo capitativo	Financiación por servicios o actividad

Tendencias de futuro en los hospitales

Existen diferentes factores que parecen incidir en el futuro de los hospitales. Una adecuada gestión de un hospital comporta una visión acertada de su evolución previsible. A continuación

se recogen algunas de las tendencias de futuro que pueden incidir en los hospitales a lo largo de los próximos años:

- Cambio en los sistemas de financiación o pago de los hospitales. Los financiadores favorecerán sistemas que transmitan o compartan el riesgo de los sistemas de aseguramiento de la salud. Una de las formas que reviste esta tendencia es la de establecer un pago capitativo por garantizar la atención especializada o integrada de un área. De este modo los indicadores de actividad perderán peso a favor de los de salud y se fomentarán las actividades de educación y promoción de la salud¹¹.
- Transformación de las inversiones en infraestructuras y equipamientos en compra de servicios, para reducir los riesgos inherentes a los cambios tecnológicos y para facilitar el acceso a inversiones de elevado coste. Una consecuencia de esta tendencia es la introducción de fórmulas de financiación que dan entrada a la inversión privada en los servicios públicos. Esta tendencia tuvo sus inicios en el Reino Unido a través de los proyectos denominados de iniciativas de financiación privada (*private finance initiative*). En los hospitales privados también se recurre a otros agentes, de sectores inmobiliarios o de servicios, para compartir el riesgo de las inversiones en bienes inmuebles y poder acometer proyectos más ambiciosos.
- Externalización de los servicios que no implican un trato directo con el enfermo, como los de cocina, lavandería, laboratorio de análisis clínicos, archivo de historias clínicas o los servicios de almacén y logística. Estos servicios se tienden a segregar del edificio del hospital y, en ocasiones, incluso a ceder su gestión a un tercero.
- Creación de vínculos y sistemas de comunicación con otros agentes provisos de servicios sanitarios del entorno. En esta línea destaca la tendencia a crear sistemas de información clínica compartidos que, sin unificar la historia clínica, permitan acceder a información relevante sobre el enfermo desde diferentes centros.
- Introducción de sistemas de participación y motivación de los profesionales. Este elemento ha de cumplir un doble objetivo: retener a los profesionales en un entorno en que cada vez resultan un recurso más escaso y hacer que se preocupen por la gestión de los recursos y el coste de los servicios. En esa línea se encuentran iniciativas como la creación de institutos o áreas clínicas de gestión o incluso la cesión a empresas de algunos servicios a través de sociedades constituidas por médicos que prestan sus servicios en el hospital¹².
- Creación de entornos de colaboración y de alianzas estratégicas con otros agentes del sector: otros proveedores de servicios sanitarios, proveedores de equipos, financiadores, etcétera¹³.
- Creación de unidades o servicios compartidos. Muchos hospitales de tamaño medio o pequeño tenderán a compartir algunos profesionales, servicios o recursos con el fin de generar eficiencias a través de economías de escala. Un ejemplo de ello sería compartir un servicio de oftalmología entre tres hospitales o crear una unidad de servicios administrativos o de gestión que dé servicio a varios centros.
- Integración de niveles asistenciales. La financiación de carácter capitativo y la garantía de una continuidad en la asistencia obligará a una mayor eficiencia en el tratamiento de los procesos rompiendo las barreras entre niveles.
- Incorporación de servicios a personas dependientes. Los servicios de atención a las personas dependientes, tradicionalmente gestionados por los servicios sociales de las diferentes Administraciones, tenderán a coordinarse o incluso a integrarse con los servicios de salud, ya que en la mayoría de los casos se trata de atención a personas cuya dependencia está originada por un problema de salud. Esta integración resulta especialmente eficiente en el caso de los servicios de ayuda domiciliaria.
- Organización de los procesos asistenciales por tipología. La clásica organización por especialidades dará paso a una organización basada en grandes grupos de procesos o patologías que agruparán en un área a diferentes especialistas¹⁴.
- Desarrollo de tratamientos ambulatorios y menos invasivos. Se incrementará el porcentaje de cirugía ambulatoria y se reducirá la agresividad de las intervenciones. El peso relativo de las áreas de hospitalización descenderá dentro del conjunto del hospital a favor de las áreas ambulatorias, y se crearán estructuras con capacidad para resolver procesos sin internamiento en un nuevo concepto de hospital.

El concepto de hospital ha ido variando a lo largo del tiempo, perdiendo peso el servicio de internamiento de enfermos y aumentando la importancia de las tecnologías y de la capacidad de resolver procesos asistenciales complejos. Para comprender un hospital hay que contemplarlo desde una triple perspectiva: edificio, organización y servicio.

El producto hospitalario es difícil de objetivar, pero es posible diferenciar productos intermedios y finales. Para medir los productos finales se utilizan diferentes herramientas que agrupan a los enfermos según su diagnóstico y el nivel de complejidad de éste. Uno de los sistemas más utilizados para ello son los grupos relacionados por el de diagnóstico.

En la estructura organizativa de un hospital se distinguen los servicios asistenciales, los servicios centrales diagnósticos y de apoyo y los servicios no asistenciales de soporte. Si se considera la organización según la agrupación de áreas funcionales, las más importantes son las de hospitalización, atención ambulatoria, servicios diagnósticos y de tratamiento, de apoyo y docentes.

En las áreas de hospitalización se encuentran unidades de hospitalización convencional y de hospitalización especial. La hospitalización a domicilio es una alternativa al internamiento en el hospital de algunos enfermos.

Las áreas de servicios diagnósticos y terapéuticos de apoyo comprenden diagnóstico por imagen, laboratorios y áreas quirúrgicas. Los servicios de diagnóstico por imagen se pueden organizar según la especialización, por tecnologías o por sistemas o aparatos del cuerpo humano. Los quirófanos pueden agruparse formando bloques quirúrgicos centralizados o estar dispersos en diferentes áreas del hospital.

Las áreas ambulatorias están experimentando un gran crecimiento y tienden a ser más autónomas en la resolución de los procesos. Una adecuada previsión de las circulaciones y un acceso fácil desde el exterior son factores decisivos para su buen funcionamiento.

Existen tres líneas de cambio que pretenden aportar nuevas formas de gestión en los hospitales: la introducción de nuevas fórmulas jurídicas, la búsqueda de marcos de colaboración entre el ámbito público y el privado para facilitar las grandes inversiones, y la reorganización de los hospitales sobre la base de los procesos asistenciales.

La gestión del conocimiento y de la investigación debe formar parte de la gestión de un hospital, ya que son actividades implícitas a este tipo de organizaciones. El modelo de conocimiento tácito y explícito de Nonaka puede ser de ayuda para conocer cómo se difunde el conocimiento en un hospital. En cuanto a la investigación, su delimitación y ordenación, basada en estructuras singulares, es indispensable para alinearla con los objetivos de la organización, objetivar sus resultados y facilitar el acceso a recursos económicos y de otro tipo que hagan posible su financiación y desarrollo.

Los sistemas multihospitalarios son redes de hospitales que se organizan para obtener ventajas competitivas. Estos beneficios suelen derivarse de la centralización de servicios de carác-

ter industrial, de servicios de gestión o de servicios asistenciales. Existen factores que pueden facilitar o dificultar la creación o desarrollo de sistemas de este tipo.

Las tendencias de futuro de los hospitales van encaminadas a incrementar la eficiencia de estas organizaciones con medidas como los cambios en los sistemas de pago o financiación, la externalización de servicios y la creación de entornos de colaboración y servicios compartidos, así como a potenciar la orientación de la organización hacia el enfermo, enfocando a las organizaciones hacia los procesos, integrando niveles asistenciales, aumentando los servicios a la dependencia y desarrollando tratamientos ambulatorios y menos invasivos.

Bibliografía

1. Casares A. AV Monografías de arquitectura. 1994 vol. 49. 9-12.
2. Ministerio de Salud y Consumo. *Gestión analítica*. Madrid, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
3. Colomer J, González R. Hospitalización a domicilio: un sistema alternativo. En: Contel JC, Gené J, Peya M. *Atención Domiciliaria*. Barcelona, Masson, 2003; 39-43.
4. INSALUD. *Guía para la coordinación, evaluación y gestión de los servicios de medicina intensiva*. Madrid, Servicio de Publicaciones del INSALUD, 1997.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Nuevo modelo de gestión hospitalaria*. Madrid, Servicio de Publicaciones del INSALUD, 1984.
6. McDowell I. *Measuring health*. Oxford University Press, 2006.
7. Lilley RC. *Trust Management and Strategy 101 questions for the board*. Oxford, Radcliffe Medical Press, 1993.
8. López-Casasnovas G. *El interfaz público-privado en sanidad*. Barcelona, Masson, 2003.
9. Levitt R. *The reorganized National Health Service*. London, Stanley Thornes Publishers, 1999.
10. Nonaka I. *The knowledge creating company*. New York, HBR, 1991.
11. Ibern P. *Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance*. Barcelona, Masson, 2006.
12. López-Casasnovas G. *El control del gasto sanitario. Participación de profesionales y usuarios*. Barcelona, Springer, 2001.
13. Martínez JL. La planificación estratégica en los hospitales. *Gestión y evaluación de costes sanitarios*, 2003; 4: 93-96.
14. White T. *Gestión Clínica*. Barcelona, Masson, 1997.

La gestión de la atención socio sanitaria

CAPÍTULO 05

Dolors Colom Masfret

Institut de Serveis Sanitaris i Socials (ISSIS)

Directora de la revista Agathos, Atención Socio sanitaria y Bienestar

¿Cuánto tiempo ha pasado desde que estoy enfermo?

Casi cien largos y abrumadores días.

Los criados aprendieron a buscar las hierbas medicinales.

El perro ya no ladra cuando ve llegar al médico.

Las vasijas de mi cueva han quedado empotradas en el suelo.

Las alfombrillas de los cantantes se disuelven en polvo.

Cuando la nueva luz cubra la tierra,

¿Cómo he de soportar ver desde la almohada la belleza de la primavera que nace?

Po Chu Li

Dinastía Tang y Período de las Cinco Dinastías (618-960)

Gestionar o administrar

El título de este capítulo, pretende llamar la atención del lector acerca de la diferencia entre gestionar y administrar, en este caso una red de servicios y programas de atención socio sanitaria.

La Real Academia Española (RAE)¹ define gestionar como: «Hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera», «Graduar o dosificar el uso de algo, para obtener mayor rendimiento de ello o para que produzca mejor efecto».

Sin embargo administrar, también según la RAE, es: «Gobernar, ejercer la autoridad o el mando sobre un territorio y sobre las personas que lo habitan. Dirigir una institución. Ordenar, disponer, organizar, en especial la hacienda o los bienes. Desempeñar o ejercer un cargo, oficio o dignidad».

Por su naturaleza, la atención socio sanitaria debe basarse en un modelo gestionado, aunque la práctica lo acerque más al modelo administrado. No obstante, este capítulo tiene voluntad de aportar elementos teóricos sobre la mejor práctica a fin de que el lector pueda apoyarse en ellos y promover cambios.

En la atención socio sanitaria, constituida por un conjunto de programas y servicios de carácter progresivo, de menor a mayor complejidad asistencial (baja, media o alta), es básico el concepto de red. En la práctica estos servicios y apoyos se van relevando a medida que van cambiando las necesidades de la persona, que es el centro de gravedad. Como se verá, las necesidades de la persona pueden medirse desde varias perspectivas, todas ellas válidas y aceptadas por la escolástica clásica. Sin embargo, existe el riesgo de sesgar el mapa final y planificar las prestaciones de un modo reduccionista, en definitiva, de crear o reorganizar una red de servicios insolvente ya desde su inicio. Por ello, elegir cómo van a defirirse las

necesidades socio sanitarias de un área es una decisión crucial: la primera medida que deben tomar los responsables de las políticas y la más importante para evitar el sufrimiento de las personas y familias a las cuales se dirige.

Es necesario subrayar el término «gestión» frente al de «administración». Como indica su definición, la gestión, en el sentido más amplio, es el camino que, sobre la base del método científico, permite adecuar los servicios y programas asistenciales que se van creando a las nuevas realidades presentes, a la vez que permiten prever a medio y largo plazo las tendencias futuras. Gestión es sinónimo de flexibilidad. Gestionar una red de atención socio sanitaria, especialmente desde el ámbito público, implica tener en cuenta a las personas que utilizan los servicios, pero también a aquellas que los pueden utilizar y que, por razones varias (desconocimiento, desinformación, inseguridad, incredulidad, etcétera), no lo hacen. Siempre es posible observar, entre personas de características similares, que unas utilizan los servicios y otras no, especialmente cuando se trata de servicios en los que, por estar integrada la atención social y la sanitaria, el factor humano (de las personas afectadas y de los profesionales que las tratan) llega a condicionar el uso.

La dinámica de la sociedad, cada vez más veloz, choca con una administración sanitaria y social lenta e incapaz de resolver los problemas con arreglo a unos patrones óptimos. A pesar de lo que se diga en los medios de comunicación, se piensa poco en la persona. La atención socio sanitaria, sus servicios y programas, soportan una presión constante con una demanda creciente, que es de prever mantenga dicha progresión. Por ello, el gestor debe disponer de instrumentos que le permitan conocer ciertas magnitudes en tiempo real, a la vez que recrear nuevos escenarios y proyecciones. El gestor necesita tener información acerca de:

- La demografía del área de influencia de la red actual o futura.
- La tipología de la demanda y de las atenciones prestadas desde la red, y los resultados obtenidos en términos de salud y bienestar.
- Los índices de eficiencia, teniendo en cuenta que se trata de atender a personas con problemas cuyo cuidado no se puede demorar.
- La solución alternativa adoptada cuando la red socio-sanitaria pública no ha podido asumir el cuidado de la persona.
- Los desajustes que generan el propio sistema sanitario y el de servicios sociales, con sus normas y criterios de acceso, en la actualidad incompatibles.*
- Los indicadores clásicos de la gestión sanitaria, a los que hay que agregar indicadores sociales.
- Los datos actualizados sobre la satisfacción o calidad percibida por parte de la población atendida.

La creación de servicios sociosanitarios se justifica por una realidad social: la existencia de personas que tienen dificultades para recibir los cuidados sanitarios necesarios para su mejoría dentro de su propia red natural, que es «*un conjunto de personas conectadas entre sí por vínculos de parentesco o por voluntad propia*»^{2,3}. Si bien la atención sociosanitaria en su vertiente sanitaria ofrece menos dificultades a la hora de establecer cuidados, tratamiento y terapias, en la parte social los apoyos reales están condicionados por multitud de variables de dicha red natural, casi siempre encarnada en la familia, pero no siempre. Estas variables pueden ser de índole personal, emocional, relacional, económica, laboral, etcétera. Pero desdichadamente, la atención social no puede configurarse como un conjunto de tareas rutinarias ni previsible⁴ con una relación de causa-efecto, como sí ocurre con la medicina y la enfermería. Por ejemplo, en una persona mayor con una fractura de fémur es previsible que la recuperación clínica se ajuste a unos patrones que, sin ser matemática pura, se aproximan a lo real. Pero el regreso a su casa depende de la existencia de un núcleo familiar, y sobre todo de su sentir, de su voluntad y de sus posibilidades, y eso no hay computadora que pueda calcularlo. El devenir de la vida de las personas enfermas y tributarias de atención sociosanitaria, dentro de una predecible secuencia, es altamente imprevisible. Este factor es el que da entidad al calificativo de «socio» y el que se aborda mediante el trabajo social sanitario. Ello concede a cada caso una individualidad indiscutible para su diagnóstico sociosanitario (clínico y social). Aunque éste pueda enmarcarse en las categorías y grupos más frecuentes, en ningún caso se puede etiquetar. El etiquetaje es un riesgo actual de determinados tipos de gestión que todo lo consideran susceptible de digitalización.

En el camino hacia un horizonte sostenible, se debe procurar que los servicios cubran sólo la parte de la atención que, previo estudio sociosanitario, no puede brindar la red natural. La cobertura propia se debe medir y cuantificar en términos de tiempo diario, tareas, fuerza y otros apoyos terapéuticos. Muchos servicios se dan de manera sistemática, con tendencia a valorar especialmente lo sanitario y a desvirtuar lo social. No es raro

encontrarse con determinados médicos o enfermeros que creen estar haciendo trabajo social sólo porque van dando satisfacción a las demandas de apoyo de las familias. Sería como si los trabajadores sociales creyeran que están practicando la medicina por dispensar determinados fármacos. Esta observación no es gratuita, pues la situación está creando algunos problemas de eficiencia dentro de los procesos sociosanitarios.

El gestor que optimiza la red que dirige procurará que cada decisión se tome en el seno del colectivo profesional que es competente y está formado para ello; exigirá la atención integral en las decisiones profesionales, concretadas mediante procedimientos, protocolos y definición de procesos, y generará indicadores que le permitan gestionar tanto la red de servicios como la atención a las necesidades de las personas y sus familias, pues la atención sociosanitaria contempla también a las familias. En la atención sociosanitaria toda intervención viene avalada por necesidades que deben objetivarse.

Sin embargo, administrar una red de atención sociosanitaria es más sencillo. Consiste en aplicar normativas, casi siempre rígidas, muy difíciles de modificar una vez aprobadas aunque la realidad lo pida a gritos. Una red administrada plantea muchas dificultades para su adaptación a las nuevas necesidades, las cuales se desconocen, porque la función de administrar se cumple dando respuestas según las competencias asignadas y según la disponibilidad. Un modelo administrado plantea dificultades a la hora de valorar su utilidad para la sociedad a la que va dirigido, aunque se supone ha sido fruto de una planificación. Administrar es más propio de los servicios públicos que de los privados. Estos últimos, fruto de una competencia cada vez mayor, se ven en la obligación de estar innovando constantemente, adaptándose sin cesar a cada movimiento social que se produce y ofreciendo nuevas modalidades de asistencia, todo ello para seguir ocupando una parcela de mercado, pues los clientes son cada vez más exigentes, y más si pagan por los servicios.

Ciertamente existen muchos matices y coincidencias entre un modelo y otro. Tanto en el modelo gestionado como en el modelo administrado, deben utilizarse instrumentos y métodos validados y eficientes que mejoren la prevención, la detección de problemas y la propia respuesta asistencial, sin olvidar el estudio de la calidad percibida de las personas atendidas. La diferencia entre ambos modelos estriba en las posibilidades inherentes de cada uno de ellos para desarrollarse y adecuarse a la realidad. En el sistema administrativo esas posibilidades son escasas, mientras que en el sistema gestionado son muy amplias. Aplicar una normativa no significa satisfacer necesidades existentes, ni siquiera garantiza que se vaya a atender a las que se presentan, pues una vez colapsado el servicio se inicia la lista de espera. Ello, en términos de democracia, genera discriminación.

Definir el catálogo de servicios y prestaciones es imprescindible. Los profesionales deben disponer de instrumentos y escalas que ayuden a formular el diagnóstico sociosanitario para garantizar la eficiencia de sus intervenciones y también para detectar las ineficiencias de la propia red. Pero en atención sociosanitaria cabe disponer de prestaciones flexibles que

* Cuando se prevé que una persona ingresada en un hospital va a requerir apoyos de los servicios sociales, éstos pueden tener una lista de espera, sólo para la primera visita de estudio, de semanas o meses. Esta espera es a todas luces incompatible con la duración de la estancia hospitalaria que normalmente es de días.

permitan atender situaciones que no encajan en ninguna categoría pero que requieren igualmente atención. Muchas de estas situaciones no contempladas por la normativa acaban en manos no deseables. Aplicar una u otra fórmula, la gestionada o la administrada, es una decisión del directivo, pero los profesionales, como parte del servicio, también deben proponer. La fórmula gestionada implica a los profesionales, más allá de la tarea estricta, en todo el proceso de detección, atención y resolución u orientación del conflicto, mientras que en la fórmula administrada los profesionales sólo deben aplicar las normas, de las cuales casi siempre se sienten meros ejecutores.

La atención sociosanitaria: definición

La atención sociosanitaria es el sector del sistema de bienestar social que se ocupa de los cuidados prolongados o indefinidos de las personas que, además de sufrir problemas de salud, tienen problemas sociales, haciendo extensible la atención al núcleo familiar. Según que el centro de gravedad del desajuste esté en el problema sanitario o en el problema social, se asignarán unos u otros soportes.

La atención sociosanitaria convergen lo humano, lo tecnológico y lo científico y también lo virtual y filosófico de lo sanitario y lo social, manifestándose en un entramado de servicios que se encuentran entre el hospital de agudos y la atención primaria de salud y de servicios sociales.

La atención sociosanitaria pública es una secuencia de prestaciones que abarcan un amplio abanico de necesidades. La asistencia sociosanitaria privada carece de esta secuencia, y su oferta se limita a las áreas que resultan más beneficiosas desde el punto de vista económico.

Teóricamente todos los servicios de atención a la persona, ya sean sanitarios o sociales, cuando se organiza por programas interdisciplinarios adquieren características propias del modelo sociosanitario. El requisito de que la persona atendida presente simultáneamente problemas de salud y problemas sociales, hacen que el sistema sanitario y el de servicios sociales sean su principal fuente de clientes. Por ello cabe establecer, además, modelos de coordinación comprometida entre sistemas y equipos de profesionales. La coordinación no puede ser un elemento discrecional de cada uno; tiene que ser un deber de los profesionales, pero que los gestores deben facilitar. A los gestores se les debe dejar gestionar.⁵

La atención sociosanitaria presta una asistencia más dura que la atención sanitaria a enfermos agudos, cuya acción se centra en estudiar, diagnosticar y aplicar un tratamiento a la dolencia de la persona, todo ello con el menor tiempo posible, (lo cual no significa menos tiempo del necesario).

Gracias a las nuevas tecnologías médicas, se reduce el tiempo que antes se necesitaba para el diagnóstico clínico. Así se ha impulsado la creación de unidades que, si bien se han situado bajo la estructura de lo sociosanitario (por ejemplo, convalecencia, cuidados paliativos), en realidad si se analizan sus funciones y su financiación (basada en la «gratuidad» del sistema sanitario), se pueden considerar una prolongación del hospital de agudos, pero con una organización menos compleja. El ingreso en dichas unidades obedece básicamente a una necesidad de continuidad de la atención sanitaria, pero ya no

en el hospital de agudos, siempre muy caro. Además, en estas unidades el problema social no tiene por qué estar presente, puesto que la necesidad aún es médica.

La atención sociosanitaria, en sus diferentes programas, que permiten disponer de mayor tiempo de intervención y atención, aunque por su progresiva «sanitarización», ya empieza a limitarse. La flexibilidad y permeabilidad de la atención sociosanitaria debe facilitar la secuencia óptima de cuidados, integrando y coordinando las diferentes unidades funcionales que, siendo entre sí excluyentes, independientes y autónomas en su actividad (por ejemplo, alguien que necesita convalecencia no necesita simultáneamente cuidados paliativos), deben saberse parte de una red, de manera que cada una influye en las otras.

Principios inspiradores de la atención sociosanitaria

La atención sociosanitaria basa su acción en varios principios, de entre los cuáles los más importantes son los siguientes:

- **La escucha.** Una red basada en la persona tiene que disponer de medios para que los profesionales escuchen, para que las personas relaten su dolencia, hablen de su pérdida, expresen sus sensaciones, todo ello para empatizar y para afrontar las dificultades también mediante la afinidad y no sólo con la observación biológica.
- **La atención de situaciones cuyo denominador común es la coexistencia de problemas sociales y sanitarios de los clientes y su red natural.** La atención sociosanitaria exige una operativa capaz de atender y, si es posible, solucionar los problemas cuanto antes.
- **El refuerzo de las redes naturales.** Las redes de atención sociosanitaria no deben conducir a que las personas de su área de influencia transfieran a las instituciones la responsabilidad de atender a sus familiares.
- **Promover la autoatención.** Hay que potenciar la autocura. La persona tiene que sentirse la primera responsable de su salud; no debe pensar que determinadas conductas de riesgo son inocuas.
- **El desarrollo de sistemas de gestión que faciliten la planificación operativa.** La planificación basada en información errónea resulta errónea.
- **La garantía de una buena utilización de los servicios disponibles.**⁶ Cuando los recursos son escasos se necesitan de metodologías e instrumentos de trabajo que faciliten el diagnóstico, evitando los análisis basados únicamente en elementos subjetivos y corporativistas.
- **La flexibilidad de los criterios de acceso para disponer de la mayor capacidad de resolución.** Las normativas y disposiciones son fuente de grandes dificultades cuando impiden dar respuestas adecuadas.
- **La respuesta a tiempo.** Las soluciones a destiempo no son buenas soluciones. Por ello, el análisis de la cronología de las demandas, las fases del proceso y las respuestas, debe formar parte del sistema de información de la red.
- **La evaluación de los resultados obtenidos en términos de eficiencia social, sanitaria y económica, no como bene-**

ficie económico sino como ahorro de actividad. Hay que saber para qué sirve lo que se está haciendo y cómo es posible mejorarlo para llegar a más personas.

- **El apoyo psicológico a los profesionales asistenciales para evitar su claudicación.** Estar en constante contacto con la muerte o la dependencia, con los años aboca a los profesionales a crisis difíciles de superar en solitario. Por ello, es preciso incluir programas de apoyo psicológico.
- **La promoción y divulgación de los hallazgos científicos.** La investigación debe ser una actividad incorporada a toda red, pero en la atención sociosanitaria son especialmente necesarios los programas de investigación sobre problemas específicos.
- **La equidad del sistema.** La red debe ser capaz de ayudar a cada persona según la necesidad que presenta y su incapacidad para resolverla con los medios de que dispone.
- **La ética.** Lo que motiva la existencia de una red de servicios sociosanitarios son los problemas que las personas no pueden atender con sus recursos o capacidades. Se establece así una relación de poder que afecta a quien sufre el problema; por ello, la persona que se ocupa de atenderlo debe mantener su integridad y no aprovecharse del dolor ajeno en beneficio propio, esto es, manipulando la demanda en función de sus intereses y no de las necesidades de la persona atendida.⁷

Gestionar el vacío

La gestión del vacío es un concepto artificial basado en la idea de una gestión que permita el acceso al apoyo necesario, en forma de recurso adecuado, cuando se presentan los problemas. Esta fluidez sólo es posible si el recurso está disponible, y ello obliga a utilizarlo cuando es necesario. Puede parecer de Perogrullo, pero no es así. La reinserción debe alumbrar el horizonte. No debe confundirse la reinserción con reducir la atención a la persona; si ésta no puede ser dada de alta, su atención debe estar asegurada. Un ejemplo muy ilustrado de gestión del vacío, con sus pros y sus contras, son los hospitales de agudos, en los cuales, salvo excepciones, siempre es posible recibir asistencia. Si no se dieran altas, si no estuviera presente la gestión del vacío, los hospitales entrarían en colapso, circunstancia que se da algunas veces en períodos estacionales, pero no por falta de altas. En estos momentos son muy pocas las personas que permanecen hospitalizadas por problemas sociales, pero cada vez son más las que precisan una atención sociosanitaria que no siempre es posible obtener. Por desgracia, se desconoce la magnitud de esta nada grata realidad.

Cabe señalar una cuestión importante: no hay que confundir el problema social con la falta de capacidad del sistema para acoger a las personas que los sufren. Sería como confundir el problema médico con las listas de espera sanitarias. Una cosa es la organización y la capacidad estructural del sistema y otra la capacidad y conocimiento de los profesionales. Desde hace años se viene repitiendo que los recursos intermedios no están eficientemente utilizados, ya sea porque atienden, sin estar preparados, a personas con grandes dependencias o al contrario, porque pudiendo acogerlas están ocupados en atender a personas con menos necesidades.

La prioridad del estado de bienestar, después de la de prevenir, debería ser tener capacidad de respuesta para actuar sobre los problemas. Ello es gestionar el vacío, evitando la mala utilización de los servicios, ya sea por exceso o por defecto. Recordamos que la filosofía del «*just in time*»⁸ (justo a tiempo), nacida en los años cincuenta en Japón, revolucionó primero los mercados y luego los servicios. El «*just in time*» aparecía como la manera más eficiente de desenvolverse dentro de un mercado competitivo, y como la mejor fórmula de ahorro y rentabilidad de los recursos a medio y corto plazo. Se trataba de evitar núcleos de decisión intermedios e ineficaces para prestar el servicio en el momento en que se precisaba.⁹

El gestor de una red de servicios sociosanitarios no está ejerciendo en un medio aséptico. La atención sociosanitaria, y más ahora, en vísperas de la creación del Sistema Nacional de Dependencia, reúne muchos intereses, especialmente económicos, al convivir un sector privado altamente competitivo y un sector público cuyos recursos actuales son claramente insuficientes, lo cual convierte a los servicios privados en absolutamente necesarios.

La gestión del vacío se desarrolla dentro del plan terapéutico individual. Las necesidades, aunque se estudien estadísticamente para proyectar tendencias, no deben anular al individuo. El gestor de la atención sociosanitaria trabaja con la totalidad, pero no puede dejar de lado la realidad particular en la que actúa el profesional. Son los profesionales los que, con su intervención, pueden promover recursos propios del individuo o, por el contrario, pueden condenarlo a la institucionalización. La gestión del vacío se logra con la atención persona a persona.

Pero el sistema actual es perverso. El gestor sabe que debe mantener una ocupación mínima, si quiere garantizar unos ingresos económicos que le permitan hacer frente a los gastos. En ello se basa la ocupación, más o menos elástica de camas, que obedece más a la necesidad de asegurar unos ingresos económicos, que a las de resolver los problemas de las personas. Ello da lugar a que muchas veces la necesidad real no se pueda atender por estar las plazas ocupadas. Es importante señalar que con el sistema actual, si el gestor sigue una política de ocupación real sobre la base de necesidades reales, puede que no genere ingresos económicos suficientes para mantener el servicio, por lo que el establecimiento estará en números rojos. En el sector público será la Administración la que le cuestione la gestión; en el privado, los accionistas no dudarán en invitarle a dimitir. Éste es un frente abierto y paradójico, difícil de abordar por lo que entraña y al que no se presta ninguna atención, pues resulta inconveniente. Es políticamente incorrecto afrontarlo, pero tarde o temprano habrá que hacerlo por la supervivencia del propio sistema de servicios. Una solución que debería estudiarse, pero que a priori se vislumbra como eficiente, es que la Administración financiara las caídas naturales de ocupación y garantizara la entrada mínima de fondos para mantener el servicio. Se debería recompensar el no uso, señal inequívoca de buena salud, frente al uso. De este modo los recursos se utilizarían en función de las necesidades de la población, y no en función de la supervivencia de los establecimientos. Sin embargo, los programas deben estar obligatoriamente ocupados, aunque esta filosofía no contribuye a crear un sistema sostenible. Ahora bien, es posible llevar a cabo una gestión ética que no malverse presupuestos financiando el funcionamiento por el funcionamiento.

Los objetivos de la atención sociosanitaria

Objetivo general

Atender y restablecer la vida de las personas que sufren problemas de salud asociados a problemas sociales y que, sin precisar las atenciones de un hospital de agudos, no pueden regresar a su casa sin contar con una atención profesional, sanitaria y social, continuada.

Objetivos específicos

A la hora de definir los objetivos específicos se corre el riesgo de reducirlos a principios inspiradores, más a modo de objetivo general y no como aquello que se quiere alcanzar en un período determinado y con unos recursos disponibles. Los objetivos específicos se deben precisar en términos mensurables, de forma que se pueda saber en qué medida se han logrado. Si una vez formulados no es posible cuantificarlos, cabe reformularlos adecuadamente.

Los objetivos específicos son el entramado que sirve para lograr el objetivo general. No se van a detallar literalmente, pues cada organización puede definir los suyos propios según las variables sociales y de salud de su área de influencia. Siempre deben establecerse teniendo en cuenta la población que se va a atender, satisfaciendo cinco funciones esenciales, tanto en la atención sanitaria como en la atención social. En 1905 Richard Cabot¹⁰ definió tres de estas funciones al introducir en el *Massachusetts General Hospital* la figura del trabajador social como responsable de gestionar los problemas sociales de las personas enfermas:

«Función educativa: partiendo de la propia persona, enseñando a los pacientes a controlar la automedicación, las supersticiones respecto a la salud, etcétera.

Función investigadora: estudiando todas aquellas situaciones relacionadas con la enfermedad y los enfermos, así como con sus familias. Con ello extendió el trabajo social hospitalario a aquellos grupos de la comunidad que no acudían al hospital, pero que estaban en contacto con la enfermedad, con lo que apareció la función preventiva.

Función preventiva, atendiendo a los parientes de las personas enfermas y hospitalizadas que padecían enfermedades contagiosas y que se debían tratar».

Cabe añadir una cuarta función, **la asistencial**, para actuar sobre el individuo y sobre su familia y sus problemas, y la quinta, la función **la comunitaria**, que mediante la acumulación de casos, trata de difundir entre la comunidad medidas preventivas.

Líneas estratégicas en la atención sociosanitaria

Partiendo de estos cinco pilares, los objetivos específicos se desarrollarán en grandes líneas estratégicas:

Clientes y familiares:

- Detección, llegada.
- Implicación de la familia.
- Atención durante la estancia.

- Derivación y alta.

Comunicación interna y externa:

- Intranet.
- Circuitos internos y externos.
- Información dirigida a todos sobre la burocracia interna, disposiciones, normativas, sistemas de información.
- Divulgación científica de resultados.

Ecología de la red y sostenibilidad:

- Cada programa o servicio debe activarse para atender los problemas que le han sido asignados; todas las anomalías que obliguen a romper el orden establecido han de registrarse para poder actuar sobre ellas en lo sucesivo.
- Desarrollar y promover que cada ciudadano, ya sea profesional o cliente, adquiera mayor sentido de responsabilidad en el uso de los apoyos sociosanitarios, de forma que éstos sean el último recurso.
- Reciclaje interno de materiales.

Estructura, mantenimiento y entorno:

- Cuidar de los materiales y mobiliario.
- Estimular el sentido de pertenencia y cuidado de las estructuras en los profesionales, los clientes y sus familias.

Formación continuada:

- En dos direcciones: la de formarse y convertir la red en un centro de formación de nuevos profesionales o la de compartir experiencias con los más experimentados.

Motivación e incentivos de los profesionales:

- Contemplar incentivos económicos, sociales y emocionales. Los incentivos económicos dan resultado a corto plazo, pero no son una fuente de motivación estable.

Organización y procesos:

- Definir los procedimientos básicos a fin de evitar que cada intervención se improvise.
- Establecer los circuitos.
- Describir los procesos de relación con otros servicios sanitarios, sociales y sociosanitarios.
- Organizar circuitos y modos de relación con los demás servicios de la zona, independientemente de las consideraciones personales que puedan surgir entre los profesionales.

Relación con entidades y organizaciones comunitarias:

- Establecer calendarios de reuniones periódicas.
- Promover actos divulgativos sobre la labor que desarrolla la red y sus beneficios.
- Buscar afinidades con las demás entidades.

Además de estas líneas, se pueden introducir otras que la organización considere oportunas, partiendo siempre de su realidad presente.

Evaluación

Evaluar es saber lo que se hace y cómo se hace. Es una labor imprescindible que periódicamente debe realizar el gestor de la red de atención sociosanitaria para asegurar que la organización sigue su planificación anual. La evaluación debe basarse estrictamente en los objetivos escritos, en el general como

marco y especialmente en los específicos. Evaluar lo que no se ha definido previamente es inviable desde el punto de vista metodológico. En el momento de definir los objetivos, deben especificarse los indicadores en los que se basará la evaluación.

Evaluar es medir, calcular el valor de algo. La acción de medir relaciona las cantidades, valores, unidades, capacidades, demandas, respuestas, etcétera, de un período con respecto a las de otro. La resultante se denomina indicador y se representa, generalmente, mediante los llamados números índice.

En los servicios de bienestar social la evaluación es una actividad continua y dinámica, que parte de los objetivos establecidos para un período determinado de tiempo y se detiene en los resultados obtenidos dentro del mismo período, convirtiéndose en la base de una futura reformulación, sobre la que se establecerán comparaciones.

La evaluación se nutre de toda la actividad realizada durante un período determinado y se fundamenta en los resultados obtenidos y los recursos empleados, que justifican, al menos en teoría, la continuidad de un servicio o programa. Los servicios públicos ineficaces en su producción de bienestar pueden ser cuestionados socialmente, como ocurre con los privados. Por eso es una responsabilidad ética de todos que las organizaciones funcionen.

Para poder comparar períodos, la evaluación aplicará los mismos métodos, instrumentos y técnicas. Cualquier variación en ellos impide sucesivas comparaciones; sólo en el caso de los instrumentos se admite una ampliación de las categorías, aunque sin suprimir ninguna de las anteriores. Sin embargo, el método y las técnicas de recogida deben mantenerse constantes.

Algunas definiciones de indicador

La OMS define los indicadores como: «*Variables que sirven para medir los cambios, es decir, son medidas indirectas o parciales de una situación compleja*»¹¹.

En el *Anuario estadístico español para 1999*, los indicadores se definen como «*Una operación estadística de síntesis*»¹².

La atención sociosanitaria una atención: interdisciplinar

El abordaje del tratamiento sociosanitario necesita de una visión multi e interdisciplinar, con una relación horizontal entre los miembros del equipo de trabajo. Cada uno, en su especificidad, pone al servicio de la persona y del resto de los profesionales sus conocimientos y habilidades, las cuales deben conectarse entre sí.

La existencia de un grupo de profesionales pertenecientes a distintas disciplinas no implica que el abordaje de los temas sea interdisciplinar, pues este enfoque puede ser desechado por la jerarquía. El trabajo en equipo raramente resulta exitoso por casualidad. Al contrario, los buenos resultados de los equipos asistenciales proponen un aprendizaje constante, una práctica y una actitud determinada.

El trabajo en equipo a veces se convierte en una tierra de nadie que permite excusarse y esquivar responsabilidades con perjuicio de los clientes. Aunque en los últimos años el trabajo en equipo es casi inevitable según el tipo de intervención, no se organiza metódicamente. Pero, tal como reconoce Planchette-Brissonnet, no siempre es la fórmula más eficaz para trabajar la asistencia¹³.

Sin embargo, en la atención sociosanitaria se ha comprobado que el abordaje integral permite abarcar toda la realidad que se va a tratar.

Atención a la familia

La red de atención sociosanitaria debe disponer de acciones concretas para atender a la familia. En todas las épocas la familia, a través de sus miembros adultos y sanos, siempre ha protegido a sus componentes más frágiles o enfermos independientemente de su edad. Pero es evidente que la estructura de las familias de hoy no tiene nada que ver con la de las familias de un pasado no tan lejano. La atención a la familia es una función relativamente nueva que, a partir del estudio, diagnóstico y tratamiento, se ocupa de los familiares de las personas con problemas de salud.

¿La familia como primer recurso?

En los servicios sociales, y concretamente dentro del trabajo social, siempre se ha insistido en la importancia de la familia o red social como generadora de soporte y ayuda para el bienestar de las personas enfermas.

Pero la familia muchas veces no puede desempeñar esa función (y hay que subrayar el no puede frente al no quiere, que también se da). En ambientes docentes y profesionales se sostiene que el primer recurso que hay que utilizar y promocionar siempre está en la persona, y que el segundo es su familia, pero a veces, la práctica parece rebelarse contra la teoría y, cuando la persona carece de autonomía, la familia no siempre responde como sería deseable. En líneas generales se dan dos situaciones:

- Los profesionales asistenciales no siempre pueden contar con la familia:
 - La familia no puede asumir los cuidados de su pariente. Esta situación debe justificarse mediante documentación que acredite dicha imposibilidad, así como cuáles son sus posibilidades reales.*
 - La familia no quiere asumir los cuidados de su familiar. El Derecho de familia contempla esta realidad, pero cuando se da el caso el equipo asistencial debe consultar con los servicios jurídicos del centro para designar si cabe, por vía judicial, un responsable de referencia.
- Los profesionales asistenciales, olvidan a veces a la familia como primera opción y sistemáticamente recurren a demandar recursos externos de atención sociosanitaria, prescindiendo de la familia como apoyo natural y considerándola

* Para ello se diseñará un instrumento de trabajo en el que aparezcan: las veinticuatro horas del día, las horas que la persona puede estar sola, las horas ocupadas y las horas libres de los miembros de la familia, a fin de que de una manera objetiva se pueda ajustar un sistema de ayuda complementario.

sólo como parte necesaria del proceso de autorización o, lo que es peor, de aceptación de las propuestas técnicas.

La gestión de una red de atención sociosanitaria debe incluir indicadores de reinserción en el domicilio de modo que, si los resultados no son los que se consideran óptimos, se pueda intervenir.

Cuando la familia asume los cuidados surge otra realidad cada vez más apremiante y que los profesionales deben contemplar dentro de sus planes terapéuticos: los cuidadores necesitan o necesitarán apoyos que impidan su claudicación. Casi todas las secuencias de atención iniciadas en el ámbito profesional tendrán sustento y culminarán en la familia, pero cuando las relaciones entre ésta y el enfermo están gravemente deterioradas, el equipo deberá activar otros sistemas de apoyo en prevención de posibles malos tratos, desidia, negligencia, etcétera. La familia también puede ser una fuente de patologías. Es mucha la bibliografía general y especializada que recoge numerosas dimensiones de la relación entre el enfermo y su familia. Los profesionales deben considerar todos los modelos.

Así como la atención y tratamiento médico se aplica a partir del diagnóstico clínico y mientras que la condición social no afecta al tratamiento en sí mismo, en el caso de la atención social, basada en el diagnóstico social, ésta será distinta dependiendo de variables como el grado de colaboración familiar (la más importante), las posibilidades, otras responsabilidades, etcétera. Casi siempre la enfermedad representa un aumento del estrés, y es preciso, saber cómo puede regularse el grupo natural o familiar¹⁴.

Numerosos autores han señalado la importancia que las relaciones y sentimientos familiares tienen en todo el proceso vital, y por extensión en el proceso de curación. Los estudios sobre la familia permiten apreciar la multitud de tipos de organización familiar, así como la cantidad de relaciones familiares que se pueden establecer entre los miembros. El dicho de que cada familia es un mundo no es un tópico.

Ronald Laing contestaba en una entrevista a Vincenzo Careti: «*Es triste constatar que hoy en día la familia es un lugar de gran infelicidad para mucha gente*». Este argumento ha quedado reforzado, veinticinco años después, por la progresiva violencia doméstica, de la que hoy se hacen eco diariamente los medios de comunicación¹⁵. Esta referencia sugiere que cabe considerar la familia en dos dimensiones:

- «*La familia vista desde fuera, en cuanto a estructura social objetiva*».
- «*La familia como experiencia de las personas que la constituyen*».

Andrée Michel¹⁶, investigadora de la familia contemporánea, asegura que no se puede hablar teóricamente de la familia, sino que sólo se puede hablar de tipos de familias, que son tan numerosos como las regiones, las clases sociales y los subgrupos existentes en la sociedad en general. Según la autora, las funciones que ejerce la familia están en estrecha dependencia con el lugar que ésta ocupa en la organización social y en la economía. Los roles del hombre y de la mujer están definidos, al igual que los de los hijos y los de las hijas. Según ella, el matrimonio crea una nueva familia.

Carl R. Rogers recuerda la importancia de la psicoterapia centrada en el cliente y la vida familiar, resaltando que muchas veces aparecen sentimientos y rencores de unos hacia otros, ocultos hasta el momento y que modifican el mapa curativo¹⁷.

Philip Solomon y Vernon D. Patch, en su *Manual de Psiquiatría*, se refieren concretamente a la familia del enfermo como un elemento importante para entenderlo. Según ellos, dependiendo de cómo se hayan desarrollado las relaciones con la madre, el enfermo tendrá mayor o menor confianza, así como mayor o menor hostilidad¹⁸.

Isca Salzberger-Wittenberg¹⁹ estudia las fantasías y los sentimientos del enfermo respecto a los profesionales y viceversa, la transferencia y la contratransferencia. Sobre la transferencia señala que «Descubierta por Freud en 1895, consiste en que los pacientes experimentan hacia el terapeuta sentimientos que ya han experimentado con anterioridad hacia otra persona, casi siempre un familiar. Cualquier conflicto temprano que implique odio, celos, rivalidad, entra a formar parte de la relación con el analista». En cuanto a la contratransferencia, en 1952, Melanie Klein amplió el concepto de transferencia en las dos direcciones: del terapeuta hacia el paciente y del paciente hacia el terapeuta. Incluyó no sólo los conflictos reprimidos, sino toda la gama de emociones tempranas que forman parte de una relación. El terapeuta, igual que el entrevistado, trae a la situación de la entrevista expectativas, temores y problemas cuyas raíces se hallan en el pasado. La contratransferencia designa los sentimientos que el entrevistador trae de su pasado y aplica al entrevistado. Según la autora, estas fantasías basadas en las relaciones prematuras serán la base de la relación que se establezca con el profesional y es preciso conocerlas, puesto que pueden interferir en el proceso de curación.

Eva Garcés afirma lo siguiente: «*Todas las familias cuentan con su propia historia natural que se hace a través de sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros adoptan comportamientos determinados que son previsibles y se atienden a normas de conductas sociales establecidas*»²⁰.

Más allá de los objetivos específicos, el principio que sustenta toda intervención en una red de atención sociosanitaria es el bienestar del individuo y de su entorno, es decir, evitarle sufrimiento. Ello depende de variables sanitarias y sociales del presente, pero también del pasado.

Diferentes actuaciones de los profesionales hacia la familia

Las diferentes patologías y sus secuelas abren enfoques específicos para la intervención social en la familia. La heterogeneidad de las diferentes circunstancias sociales derivadas de las diversas patologías fundamenta este argumento, aunque algunas actitudes frente a la enfermedad se repiten. La intervención sobre la familia depende básicamente de las siguientes variables:

- El diagnóstico, especialmente considerando el pronóstico.
- Los recursos propios, materiales y personales, para gestionar la nueva situación de pérdida de salud y probable dependencia.

Aunque existen tantos tipos de intervenciones como enfermedades, el capítulo se centrará en dos grupos específicos:

- Personas con patologías crónicas.
- Personas con patologías terminales.

En todos los casos, para iniciar la intervención sociosanitaria es preciso saber el grado de conocimiento que la persona y su familia tienen acerca del diagnóstico y el pronóstico.

Personas con patologías crónicas

- Ayudar a afrontar las pérdidas que la enfermedad implica a medio y largo plazo.
- Gestionar la nueva situación de dependencia.
- Garantizar el máximo apoyo por parte del equipo guiando y facilitando su acceso a los servicios y programas de la red que vaya necesitando según su evolución.
- Identificar a la persona de referencia señalada por el enfermo, sabiendo que ésta no tiene por qué coincidir con la persona que asume las directrices de la familia.
- Facilitar elementos de seguridad y apoyo a los cuidadores, especialmente al cuidador principal, que suele ser el que recibe menos soporte y más presión, tanto por parte de los profesionales como por parte del resto de la familia.
- Promover grupos de soporte o ayuda mutua.
- Ayudar a la familia a comprender las coordenadas de la enfermedad y del deterioro.
- No disminuir o exagerar la importancia que tienen las secuelas de la enfermedad.
- Programar momentos para que la familia exprese angustias y temores. En el caso de que éstos superen las posibilidades del profesional (trabajador social, enfermería, facultativos u otros), cabe recurrir a especialistas en salud mental.
- Buscar la colaboración con los profesionales, sin sobrecargar a las personas cuidadoras puesto que dicha colaboración puede evitar la institucionalización.
- Fomentar actividades sanas tanto para el enfermo como para los cuidadores: deporte, paseos, alimentación adecuada, etcétera.
- Conocer las condiciones de la vivienda y valorar si el incremento de la dependencia de la persona puede significar que aumenten las barreras arquitectónicas.
- Tener presente el objetivo imprescindible de promover el regreso a casa.
- Etcétera.

Personas con patologías terminales

No pueden establecerse recetas válidas para todos. Siempre hay que considerar qué supone para la persona la noticia de su enfermedad, y sobre todo el mal pronóstico, el fin de su vida.

- Confortar emocionalmente a la persona que está muriendo pero también a la familia, a los miembros que sufrirán su pérdida.
- No negar la futura, inevitable y próxima pérdida del enfermo.
- Facilitar el apoyo espiritual de la religión que la persona demande.
- Ayudar a aclarar los problemas que en vida hayan perjudicado la relación para evitar que, una vez la persona haya fallecido, quede en los familiares el resentimiento de lo no hablado.
- Canalizar los sentimientos de enfado y de agresividad que se pueden trasladar a los profesionales de la salud, porque no salvan al familiar moribundo.
- No banalizar el sufrimiento como reacción de defensa.

Organización de una red sociosanitaria

Una red de atención sociosanitaria se organiza mediante unidades funcionales. Dentro de cada una de ellas existen programas de atención.

Unidades funcionales de ingreso: atienden a la persona que deja su casa temporal o indefinidamente y fija su residencia en una institución que le atiende con mayor o menor cobertura, según las necesidades. Algunos ejemplos son: centros sociosanitarios, larga estancia, convalecencia, etcétera.

Unidades funcionales en complejos arquitectónicos con apoyos y servicios comunes: se trata de apartamentos, pisos, bungalós, en donde se ofrecen servicios comunitarios de comedor, lavandería, sala de gimnasia, etcétera. Es lo más próximo al domicilio.

Unidades funcionales de atención diurna: se caracterizan porque la persona sigue viviendo en su casa, pero pasa el día en un establecimiento: hospitales de día, servicios de comedor, etcétera.

Unidades funcionales de atención a domicilio: se caracterizan por qué la persona recibe en su casa los servicios de soporte que necesita organizados institucionalmente.

Programas de apoyo y gestión de casos

Dentro de cada unidad funcional, además de la atención propia, se desarrollarán programas que tienen como finalidad el apoyo a la persona y a su familia para que puedan autogestionarse. Existen básicamente dos tipos de programas:

Programas de acogida: en los que se informa de las características del servicio que se va a proporcionar, evitando generar expectativas infundadas y que exceden las posibilidades del servicio.

Programas de alta: en los que, desde el momento de la llegada, se estudian las características de la persona y su familia para saber si pueden impedir la reinserción y regreso a su hogar.

Metodología, instrumentos, técnicas y plazas

El gestor debe conocer las distintas metodologías que sus equipos pueden seguir, los diversos instrumentos para la recogida de información sobre el proceso asistencial y las técnicas que los diferentes profesionales aplican. También debe saber cuáles son las plazas disponibles en la red que gestiona y cómo se asignan.

La metodología es lo que se hace y cómo se hace, los instrumentos sirven para recoger información y las técnicas consisten en la manera en que esta información se recoge para completar los instrumentos. Por ejemplo, un programa de acogida puede tener las mismas fases que otro, pero emplear instrumentos diferentes que pueden completarse con técnicas diversas.

Modelos de desarrollo

Un modelo de red de atención sociosanitaria reúne las coordenadas de la atención. Los criterios para diseñar los modelos son variados, y algunos ya obsoletos. Los pilares sobre los que se puede construir el modelo son los siguientes:

- Modelo basado en «las demandas» de la población.
- Modelo de intervención proactivo frente al modelo reactivo.
- Modelo de respuesta administrativo frente al modelo de gestión.

Modelo basado en «las demandas» de la población

Si bien el estudio de las demandas ofrece una visión amplia acerca del modo en que las personas, y la sociedad en general, piensan que pueden resolver su problema particular, no puede ser la única vía de planificación de servicios sociosanitarios. En la década de los ochenta ésta era una vía casi única, pues no se disponía de más información y el análisis estadístico quedaba prácticamente en manos de las universidades, más como elementos de estudio que de renovación de las organizaciones. Hoy en día el desarrollo y la facilidad de acceso a los programas de tratamiento estadístico facilitan otras vías de análisis aptas para organizaciones más pequeñas, por lo que la demanda es sólo una reducida parte del procedimiento de investigación de necesidades.

Modelo de intervención proactivo frente al modelo reactivo

Identificar las necesidades de una población tiene como finalidad última facilitar respuestas, las mejores respuestas, para paliar o resolver los déficit generales, pero también las individuales. La intervención y la respuesta individual son parte del procedimiento asistencial, y tanto una como otra se desarrollan siguiendo una metodología determinada, aquella por la que ha optado, la organización. La metodología que se va a aplicar es una decisión del equipo directivo. Optar por una u otra depende sobre todo de la visión y capacidad de innovar del gestor, de que le dejen gestionar, de los recursos disponibles, pero también de los resultados que se persiguen. Un gestor conservador mantendrá lo que encuentra y, como mucho, evitará su deterioro; pero es claro que los servicios sociosanitarios deben adaptarse y no consolidarse. Los trabajadores sociales y otros profesionales deben poder argumentar y demostrar por qué es mejor aplicar una u otra metodología y a la vez realizar una estimación de los resultados que se esperan con una y con otra.

Por ello es básico establecer cuál será el modelo de intervención que se seguirá en la organización de origen y cuál será el modelo de respuesta. Además, hay que considerar los modelos de respuesta de las organizaciones a las que se remiten clientes para que continúen la asistencia.

Mientras que la intervención queda sometida a una decisión de la organización, la respuesta a las demandas viene de otras organizaciones sobre las que casi nunca es posible intervenir. Por tanto, el pacto y la negociación son un buen camino para la continuidad.

Existen dos modelos básicos de intervención social:

- Modelo reactivo: inicia su actuación cuando surgen los problemas, no antes. Básicamente reacciona a las demandas.
- Modelo proactivo: basado en las personas, inicia su actuación cuando se identifican determinados criterios de riesgo que pueden desembocar en problemas sociosanitarios.

Modelo de respuesta administrativo frente a modelo de gestión

Una red de atención sociosanitaria dispone de muchos programas que actúan como puente hacia otros. Así, tienen un flujo natural de entradas y salidas de población cuyas necesidades van cambiando y a la que los profesionales van adaptando los diferentes soportes. La mayoría de los programas deben responder a demandas de otras entidades, pero a la vez son generadores de demanda. Este circuito hace necesario rentabilizar determinados pasos del proceso, especialmente en lo que se refiere a la obtención de información. La persona es una. Son las organizaciones las que deben integrarse y evitar las duplicidades.

Existen dos modelos de respuesta social:

- Modelo administrativo: obedece a normas y parámetros establecidos sobre la base de medias. Su aplicación es rígida. No contempla excepciones. Cuando la persona no cumple los parámetros determinados, queda fuera del sistema.
- Modelo gestionado: se basa en un estudio individualizado de las necesidades, contempla las excepciones y puede establecer apoyos flexibles y parciales. Va adaptándose a las nuevas realidades.

En el modelo administrativo también se realiza el estudio individualizado, pero a diferencia del modelo gestionado, no es posible interpretar más allá de los cortes y puntuaciones establecidas. En el modelo gestionado se busca incluso la adaptación progresiva del servicio a las nuevas necesidades, pues los cambios nunca suceden de golpe.

Estilos de gestión

¿Por qué algunos servicios que *a priori* tienen características y responsabilidades similares producen comportamientos, modos y resultados tan diferentes? ¿Qué es lo que hace que, incluso los profesionales asistenciales obtengan resultados distintos en períodos diferentes? La respuesta está en la gestión, en el estilo de dirección.

Manfred Kets de Vries y Danny Miller²¹ han descrito los cinco estilos neuróticos de gestión: paranoide, compulsivo, dramático, depresivo y esquizoide, y han demostrado cómo cada uno de ellos se manifiesta en la organización. La dirección suele proyectarse en los servicios y los programas que dirige; así, los diferentes estilos de gestión se traducen en diferentes resultados, entendiendo que éstos se obtienen a partir de un conjunto amplio de interacciones, que tienen que ver con los procedimientos, los conocimientos y las actitudes de los profesionales. Pero que raramente, las organizaciones miden sus resultados considerando las tres dimensiones.

Acerca del concepto de necesidad

La necesidad social ha sido estudiada, entre otros, por Bradshaw²², que en 1983 estableció diferentes definiciones en función de la perspectiva aplicada:

- La necesidad normativa. *«Aquella necesidad del cliente identificada por los profesionales que antes han establecido un umbral deseable de provisión y de acceso a los servicios».*
- La necesidad experimentada. *«Es la máxima expresión de subjetividad aunque se considera una medida inadecuada de la necesidad real, puesto que se sitúa al borde de lo indecible».*
- La necesidad expresada. *«Es la necesidad que la persona conceptúa a partir de la demanda de un servicio o soporte determinado».* Hay que tener en cuenta que esta demanda siempre estará mediada por el conocimiento que cada individuo tenga de su entorno.
- La necesidad comparada. *«Es aquella que se establece en la base de diferentes personas con características similares y los diferentes servicios que pueden utilizar. Se determina tomando como medida de necesidad un valor «X» que se establece a partir de medias aritméticas y los servicios utilizados».*

Por la propia evolución de los servicios y el estudio permanente, a estas necesidades descritas por Bradshaw se pueden añadir otras como:

- La necesidad diagnóstica.
- La necesidad administrativa.
- La necesidad cubierta.

La necesidad diagnóstica se basa en el diagnóstico establecido por los profesionales con independencia de la definición normativa. La necesidad diagnóstica se determina mediante el análisis individualizado de la situación de cada persona y de su apoyo natural. La normativa siempre queda desfasada, y entonces actúa como escudo contra el propio cambio. Son los profesionales los que deben determinar cuándo esta normativa deja de ser adecuada a la realidad que se va plasmando.

La necesidad administrativa la establece la Administración, la cual, a partir de unas características objetivas, asigna una categoría, que permite acceder a determinadas prestaciones. En realidad, es la menos satisfactoria, puesto que responde a las posibilidades existentes y no a las necesidades totales existentes. En esencia consiste en aplicar un valor que puede variar.

La necesidad cubierta es la necesidad que ha dejado de serlo, porque la situación ha cambiado o se han facilitado los apoyos para superarla. Es esencial contemplar las necesidades cubiertas para establecer el grado de eficiencia del servicio y, paralelamente, considerar las necesidades que se han cubierto con recursos propios de las personas o con recursos externos, públicos o privados.

La importancia de determinar la necesidad viene dada por la de determinar el tipo de soporte y de éste para cubrir esa necesidad. Cualquier desajuste en este sentido implica inexorablemente la mala utilización de los recursos.

La atención sociosanitaria en España: introducción

Cataluña fue líder en el desarrollo de la atención sociosanitaria. En los casi veinte años que han transcurrido desde aquella primera experiencia han sido muchos los debates que se han suscitado en otras comunidades, tanto en el plano técnico y asistencial como en el político, acerca de la conveniencia o no de disponer de una red de servicios especializada en atención sociosanitaria. Si bien en todos los casos se admite la necesidad de prestar atención a determinados colectivos susceptibles de recibir otras atenciones y cuidados de larga duración, la cuestión de cómo prestarla concita tanto acuerdos como discrepancias.

Las progresivas transferencias sanitarias a las comunidades autónomas, la Ley de Servicios Sociales y finalmente la disolución del llamado territorio Insalud, han propiciado diferentes modelos de servicios sociosanitarios. Hay que abrir aquí un paréntesis para resaltar las frecuentes desavenencias entre los sistemas de sanidad y de servicios sociales, tanto en el ámbito estatal como en el autonómico y el local. Ambos sistemas, con presupuestos y recursos independientes, aun teniendo claras intenciones de cooperar, no logran establecer criterios de continuidad real en los diferentes ámbitos asistenciales, de modo que sus diferencias se convierten en grandes lagunas de atención para la persona afectada y su familia. Éste es un problema al que los profesionales asistenciales se enfrentan cada día con suma impotencia, y es causa de la desmotivación y frustración de algunos colectivos, especialmente de los trabajadores sociales, que son el eje vertebrador de todas las partes y sobre quienes se centran las demandas, tanto de los profesionales sanitarios como de los familiares y de los enfermos.

Más adelante se verá la innovación que supuso la puesta en marcha de una red sociosanitaria en Cataluña, que precisamente resolvía esta cuestión de la financiación combinando presupuestos de ambas consejerías, la de Sanidad y la de Bienestar Social. Pero el hecho de que las transferencias se hayan dado a ritmos distintos ha facilitado la proliferación de criterios y actuaciones diferentes. Todo ello se ha traducido en un mosaico desigual de las razones y recursos destinados a la atención sociosanitaria, que ha hecho que cada comunidad autónoma aborde dicha prestación de manera diferente, con inversiones y parámetros distintos.

Sería deseable que la política se desvinculase de la planificación de servicios. La planificación es una técnica que garantiza el establecimiento de prioridades según las necesidades que se detectan en una fase previa que es la de investigación. Pero los presupuestos son una forma de política, y en este sentido también se adivina una suerte de ingeniería social para captar votos. Sería una frivolidad mencionar comunidades concretas, porque es cierto que cuando cambian los responsables cambian las prioridades. Pero también lo es que la falta habitual de método y sistemática en la recogida de información permite hacer y deshacer sin que ello repercuta demasiado en la opinión pública.

Tabla 5.1. Pirámide de edades de la población española en 2001

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
0-4	2 094 582	1 079 294	1 015 288
05-09	2 013 087	1 033 173	979 914
10-14	2 157 484	1 108 850	1 048 634
15-19	2 371 423	1 218 199	1 153 224
20-24	3 031 633	1 553 976	1 477 657
25-29	3 842 364	1 986 840	1 855 524
30-34	3 850 837	1 993 837	1 857 000
35-39	3 682 374	1 885 715	1 796 659
40-44	3 443 083	1 742 996	1 700 087
45-49	3 046 559	1 528 427	1 518 132
50-54	2 601 811	1 295 100	1 306 711
55-59	2 491 301	1 221 934	1 269 367
60-64	2 149 725	1 041 541	1 108 184
65-69	1 874 237	876 918	997 319
70-74	1 979 735	894 842	1 084 893
75-79	1 575 076	663 303	911 773
80-84	1 087 466	411 735	675 731
85 y más	815 753	244 189	571 564
Total	44 108 530	21 780 869	22 327 661

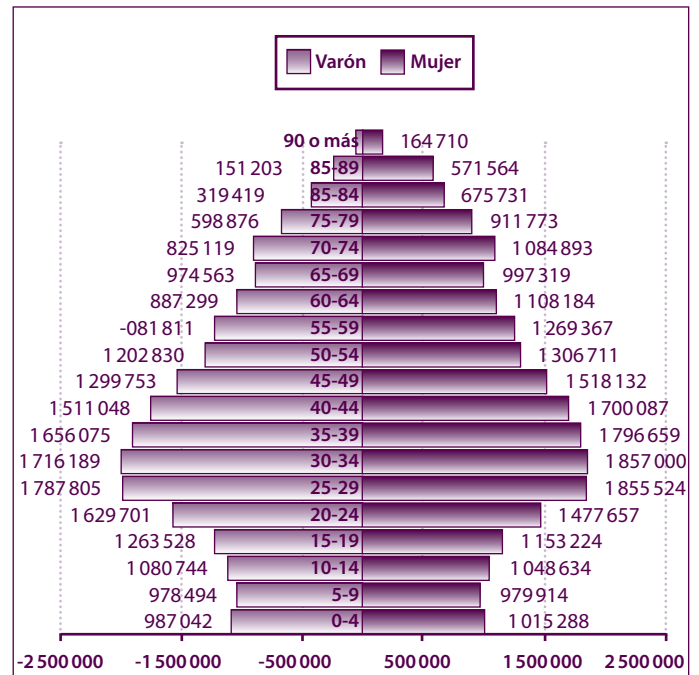


Figura 5.1. Pirámide de edad de la población española. 2005.

Fuente: INE 2001. Elaboración: Dolors Colom.

Es de esperar que las nuevas tecnologías permitan superar estas deficiencias actuales en pro de sistemas de información potentes y fiables.

Las transferencias a las comunidades también han propiciado una planificación más adecuada al territorio; por ejemplo, no es lo mismo un hospital de día en Galicia que en Andalucía, si se piensa en el traslado de las personas que requieren tratamiento de su domicilio al centro. Las profesiones y servicios con una dimen-

sión ética, necesitan para su correcto funcionamiento, directrices y planteamientos éticos y, naturalmente, políticos con ética.

La atención sociosanitaria en el Ministerio de Sanidad y Consumo

El Ministerio de Sanidad y Consumo²³, organismo que marca los criterios de partida, establece lo siguiente: *La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.*

En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los ámbitos de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

- Los cuidados sanitarios de larga duración.
- La atención sanitaria a la convalecencia.
- La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

Si bien el factor edad no es determinante en la atención sociosanitaria, sí es cierto que la población mayor con problemas de salud utiliza con mayor frecuencia que el resto la red sociosanitaria (Tablas 5.1 y 5.2; Figuras 5.1 y 5.2).

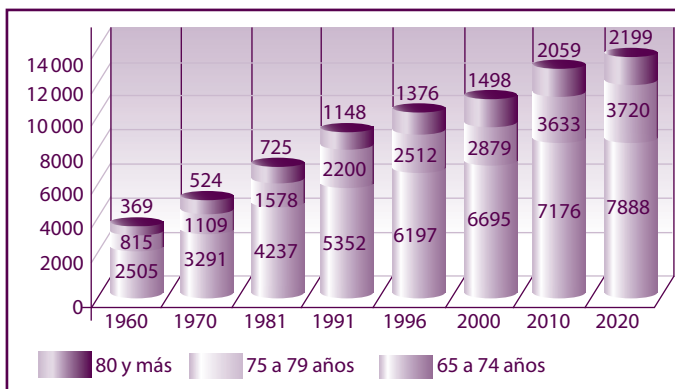


Figura 5.2. Evolución de las personas mayores por grupos de edad. España. 1960-2020.

Fuente: Las personas mayores en España. Informe 2000 IMSERSO. Elaboración: Dolors Colom.

Tabla 5.2.

	1960	1970	1981	1991	1996	2000	2010	2020
65 – 74 años	2505	3291	4237	5352	6197	6695	7176	7888
75 a 79 años	815	1109	1578	2200	2512	2879	3633	3720
80 y más	369	524	725	1148	1376	1498	2059	2199

Cataluña, líder en el modelo de atención sociosanitaria en España

A mediados de la década de los ochenta Cataluña se convirtió en líder de la atención sociosanitaria al desarrollar la primera experiencia en este ámbito en España. La aplicación del modelo teórico se encontró con las dificultades inherentes a toda práctica que responde a un proyecto innovador. La presión que estaban sufriendo los profesionales por parte de las familias y de entidades comunitarias de personas mayores hizo que se depositaran grandes esperanzas en el nuevo modelo. Las expectativas que en los diferentes profesionales de la salud (facultativos, enfermería, trabajadores sociales, gestores, rehabilitadores, etcétera) suscitó dicha iniciativa fueron muchas, y se trasladaron a su vez sobre la Administración. Con la perspectiva que da el tiempo transcurrido, se puede decir que fueron excesivas como resultado de no saber lo que significaba un proyecto de esta envergadura.

La capacidad de respuesta para hacer frente a las demandas y necesidades es uno de los puntos clave de la gestión de la atención sociosanitaria.

Breve historia del programa «vida als anys»

El Programa de Atención Sociosanitaria de Cataluña recibe el nombre de «Programa Vida als Anys». Fue creado por el *Departament de Sanitat i Seguretat Social* tomando como marco la Orden del DOG del 29 de mayo de 1986. Al principio y como respuesta a las necesidades detectadas tanto por parte del sistema sanitario como del sistema de servicios sociales, el programa se centró en las personas con enfermedades crónicas y terminales. La principal novedad fue que atendía necesidades sanitarias y sociales, garantizando así la atención integral, la prevención y la interdisciplinariedad.

Las primeras estructuras del programa, en forma de plazas disponibles, fueron los llamados CESS (centros sociosanitarios), que en su inicio atendían sobre todo a personas en estados terminales o muy precarios. Esta labor se realizaba en estrecho contacto con los hospitales de agudos (que en aquella época, con las primeras transferencias de las competencias en sanidad, empezaban a gestionarse con criterios de eficiencia) y con los servicios sociales que también estaban en pleno desarrollo y expansión (sobre todo los servicios de atención a domicilio y las llamadas residencias sociales).

Aspectos generales del modelo sociosanitario catalán

El modelo sociosanitario catalán, incluye en su marco de atención a cualquier persona con enfermedad crónica, con pluripatología, enfermedad invalidante o degenerativa o enfermedad terminal por cáncer, SIDA u otros procesos.

El Decreto 92/2002 (art. 2) de la Generalitat de Catalunya dice de los centros y servicios sociosanitarios: «*son aquellos que prestan conjuntamente y de forma integrada, una atención especializada sanitaria y social*». El modelo del Programa Vida als Anys³ contempla:

- La atención y organización de los servicios.
- La financiación de dichos servicios.

La atención. El principio básico de la atención es contemplar a la persona globalmente y no tener en cuenta sólo sus problemas físicos. El tratamiento sociosanitario va más allá de los clásicos tratamientos técnicos, e incide en los componentes psicológicos, sociales, relacionales, comunitarios, etcétera. La base del modelo de atención es el conjunto formado por el paciente, su familia y el equipo asistencial. El objetivo es lograr el bienestar del núcleo de intervención y garantizar la continuidad de la asistencia.

Los servicios. El modelo de atención se sustenta en un conjunto de servicios complementarios entre sí. Estos servicios son:

Servicios de internamiento, centros sociosanitarios:

- Unidad de larga estancia.
- Unidad de media estancia.
- Unidad de convelecencia-subagudos.
- Unidad de cuidados paliativos.
- Unidad de SIDA.

Servicios alternativos:

- Hospital de día.
- Programas de atención domiciliaria con equipos de soporte (PADES).
- Unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS).
- UFISS de geriatría.
- UFISS de curas paliativas.
- UFISS mixtas.
- UFISS de demencias.
- UFISS respiratoria.
- Unidades de evaluación geriátrica ambulatoria.

Los clientes. La atención sociosanitaria ha delimitado los siguientes grandes grupos de clientes de sus servicios:

- Personas mayores con enfermedades crónicas, problemas de rehabilitación funcional, dependencia o déficit y falta de soporte familiar y social.
- Personas con enfermedades crónicas evolutivas y progresivamente invalidantes.
- Personas con enfermedades psíquicas crónicas, por ejemplo demencia senil.
- Enfermos terminales oncológicos o con otras enfermedades.
- Personas que, habiendo superado la enfermedad en su fase aguda, o con un grado moderado de dependencia, requieren curas o terapia de rehabilitación antes de reintegrarse nuevamente a la comunidad.

La financiación. Desde 1990 se estableció una nueva fórmula de financiación. Por una parte, se define el módulo de soporte sanitario y, por otra, el módulo de soporte social. Para larga estancia y hospital de día, **el módulo de soporte sanitario** dispone de tres tarifas que se fijan según el nivel de dependencia y el grado de complejidad terapéutica. Este módulo cubre los costes de la atención sanitaria (médica, enfermería, rehabilitación, medicación, etcétera.) y en todos los casos lo financia el Departamento de Sanidad y Seguridad Social.

El módulo de soporte social establece una tarifa única para hacer frente a los costes residenciales sustitutivos del hogar, que sufragará el Departamento de Bienestar Social.

Durante los tres primeros meses el cliente queda exento de cualquier aportación. Pasados éstos, la aportación económica del usuario sigue unos baremos prefijados publicados en el DOG de 13 de diciembre de 1990. No obstante, algunos colectivos quedan excluidos de dicha aportación.

Para convalecencia y curas paliativas la financiación corre exclusivamente a cargo del módulo sanitario. Asimismo, desde 1999 se ha introducido en ambas unidades el pago según la complejidad de los enfermos.

La calidad. El Programa ha desarrollado un conjunto de instrumentos para medir y evaluar el nivel de calidad de las prestaciones de los servicios, definiendo una serie de indicadores básicos que facilitan la evaluación de los resultados de la actividad en términos de eficiencia y la calidad de los servicios.

Existen tres grupos de indicadores:

- Trabajo en equipo.
- Entorno físico.
- Actividad de los clientes.

La atención sociosanitaria en otras comunidades

- Aragón: Plan Estratégico 2001-2006 de atención a la dependencia.
- Castilla-La Mancha: Ley de Ordenación sanitaria 89/2000 (art. 52.1).

- Castilla y León: Ley de Atención y Protección a las personas mayores (art. 44).
- Galicia: Plan Estratégico. Programa de atención Sociosanitaria. (PASOS). Decreto 48/1998.
- Comunidad Valenciana: PALET. Orden de 30 de marzo de 1995, de la Consellería de Sanitat i Consum.

Comentario final

La atención sociosanitaria está siempre en constante evolución y nunca llega a estabilizarse totalmente, dado que la sociedad es altamente dinámica. No obstante, es preciso mantener unos estándares y protocolos de actuación que garanticen y faciliten la posterior cobertura del modelo así como su contribución a la mejora de la salud.

En ningún caso el gestor debe tratar de reproducir el modelo médico, que sólo se centra en la enfermedad y en aspectos biológicos, dejando de lado a la persona como ser social. La persona, sus circunstancias, es el eje sobre el que giran los servicios, que siempre tendrán en cuenta el núcleo natural de convivencia y apoyarán las pocas o muchas posibilidades de atención que éste tenga. Los servicios sociosanitarios siempre serán complementarios de la red natural, nunca sus sustitutos.

Bibliografía

1. www.rae.es
2. Freidenberg J. *Growing Old in El Barrio*. New York, University Press, 2000.
3. Freidenberg J. *Si no hay fe no hay nada: reflexiones sobre la espiritualidad*. Agathos, atención sociosanitaria y bienestar, año 1, Num 4. 2001.
4. Lewis H. The emergente of social work as a profesión in health care: significant influences and persistent issues. En: Rehr H. *Milestones in social work and medicine*. New York. Doris Siegel Memorial Fund. PRODIST, 1982: 25-39.
5. Grau J. *Presuntos Gerentes*. Sedisa s. XXI. 2006; 1: 18-19.
6. Friedman MR. *Free to choose*. New York, Harcourt Brace Jovanovich, Inc., 1980.
7. Cortina A. *Rentabilidad de la ética para le empresa*. Fundación Argentaria, 1997.
8. Creech B. *The five pillars of TQM*. New York, Penguin Group, 1994.
9. Colom D. *La evaluación: una herramienta de mejora de la calidad y de denuncia social ¿por qué no?* Revista de Servicios Sociales y Política Social, 50. Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social, Madrid, 2000.
10. Cabot R. *Ensayos de Medicina Social*. Madrid, Espasa Calpe, 1920.
11. O.M.S. *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*. Ginebra, 1981.
12. Instituto Nacional de Estadística. *Anuario estadístico*. Edición en CD-ROM. 1998.
13. Plenchette-Brissonnet C. *Mètode de treball en equip*. Barcelona, PORTIC, 1987.
14. Pérez de Ayala E. *Trabajando con familias: teoría y práctica*. Zaragoza, Editorial Certeza, 2000.
15. Laing Ronald D. *Los locos y los cuerdos*. Barcelona, Crítica, 1980.
16. Michel Andrée. *Sociología de la familia y del matrimonio*. Barcelona, Península, 1991.
17. Rogers CR. *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona, Paidós, 1981.
18. Solomon Philip, Patch Vernon D. *Manual de psiquiatría*. México, El Manual Moderno, 1972.
19. Salzberger-Wittenberg I. *La relación asistencial*. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1970.
20. Garcés E. *Intervención familiar en los trastornos de la conducta alimentaria*. Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar, 2002; Año 2, Num 2.
21. Kets de Vries M, Millar D. *La organización neurótica*. Barcelona, Editorial Apóstrofe, 1993.
22. Bradshaw J. *Una tipología de la necessitat social*. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i de Seguratat Social. Instrument de Prospecció de Serveis Social, 1983.
23. www.msc.org

Medicamentos, farmacia y prestación farmacéutica

CAPÍTULO 06

Alberto Talavera Déniz

Director General de Farmacia. Consejería de Sanidad. CA de Canarias
Vocal del Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano, de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

Panorámica general del sector del medicamento

Prestación farmacéutica y Estado de bienestar en la Unión Europea

Las políticas de Estado de bienestar son las que legitiman en gran medida el modelo europeo de convivencia. Los sistemas de salud de financiación pública y alcance universal, basados en la solidaridad y la equidad, son pilar esencial de esas políticas de cohesión social, aunque desgraciadamente no se hayan definido aún los criterios de convergencia que conformen un espacio de salud europeo.

Dentro de los sistemas de salud, la prestación farmacéutica es uno de los principales instrumentos para alcanzar el objetivo de garantizar el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos.

A las garantías técnicas de calidad, seguridad, eficacia, identificación e información, inherentes a todos los medicamentos comercializados, debe añadirse la garantía social de accesibilidad a ellos y de eficiencia en su empleo. Hemos de empezar a hablar de medicamentos eficientes y de prestación eficiente si queremos afrontar con realismo, dentro de un marco de sostenibilidad financiera, los nuevos retos derivados de los mayores incrementos en la cantidad y calidad de la oferta y la demanda de productos farmacéuticos.

Gasto social, gasto sanitario y gasto farmacéutico público en la UE

Pese a los evidentes logros de España en materia de protección social, todavía estamos lejos de dedicar el esfuerzo que, en relación con la riqueza de cada Estado, hacen nuestros vecinos de la Unión Europea (UE). Así, el porcentaje de producto interior bruto (PIB) que España dedica a gasto social es del 19.7%, muy alejado de la media de la UE de los 15 (28.3%), e incluso de la UE de los 25 (28.0%). En términos de poder paritario de compra (PPS) *per cápita*, y para 2003, el gasto social por español fue de 4186 PPS, mientras que en la UE de los 15 fue de 6926 y en la UE de los 25 fue de 6012¹.

El gasto sanitario público de España, en porcentaje de PIB, es del 5.7%, también alejado de la media europea, y uno de los más bajos de los treinta países de la OCDE².

Sin embargo, el gasto farmacéutico público de España en porcentaje de PIB es del 1.4%, el más alto de la UE-15, junto con el de Portugal, mientras que el Reino Unido (0.9), Italia (0.9), Alemania (1.2), Francia (1.3), mantienen proporciones más bajas³.

Causas del incremento del gasto en medicamentos

En todas las sociedades modernas, el gasto en medicamentos se ha disparado en estas últimas décadas. Las causas de este fenómeno son complejas, pero entre ellas se sitúa, sin duda, un aumento del consumo ligado a la mejora de la **accesibilidad** a un sistema sanitario público de calidad, que tiene a su disposición un enorme arsenal terapéutico (10 579 medicamentos financiados por el SNS a enero de 2007).

Otro factor determinante del incremento del consumo ha sido el **crecimiento de la población**, que en el conjunto de España ha sido del 11.21% entre 1999 y 2006, mas de cuatro millones y medio más de nuevos habitantes en siete años, crecimiento que ha afectado desigualmente a las comunidades autónomas. Sin embargo, la financiación sanitaria a las distintas comunidades durante todos estos años se ha efectuado con arreglo al censo de 1 de enero de 1999, sin tener en cuenta que en algunas no ha habido crecimiento poblacional desde esa fecha (Asturias -0.68%, Extremadura 1.19%, Galicia 1.36%, Castilla y León 1.41%, País Vasco 1.58%), mientras que en otras este crecimiento se ha desbordado (Baleares: 21.81%; Murcia: 21.15%; Canarias: 19.32%).

Otra causa hay que buscarla en el progresivo **envejecimiento** de la población, un desafío común para todos los países desarrollados. En España, la población mayor de 65 años, normalmente exenta de aportación en la prestación farmacéutica, creció en diez años (de 1991 a 2001) casi un 30%, hecho que tuvo su impacto tanto en el consumo (número de recetas) como en el gasto público medio por receta.

La proliferación de **novedades e innovaciones terapéuticas**, que en muchos casos se emplean en actividades preventivas sobre personas sanas, también ha incidido decisivamente sobre este crecimiento, por cuanto es el factor determinante en el aumento de precios y, por tanto, del gasto medio por receta, que en 2006 fue de 13.36 euros⁴.

Hay unos 5500 productos en desarrollo, de los que un 25% corresponden a medicamentos biotecnológicos.

El incumplimiento terapéutico por parte de muchos pacientes que han de tomar medicación de por vida, o el uso de estos fármacos para contrarrestar los efectos de unos hábitos poco saludables (tabaquismo, sedentarismo, dieta rica en grasas y dulces), merma los resultados de un consumo de medicamentos muy costoso para la sociedad.

Es verdad que la esperanza de vida se ha duplicado en los cien últimos años (de los 34.8 de 1900 a los 79.3 años de 2000), pero este fenómeno, al menos hasta los años 70 del pasado siglo, fue más atribuible a la mejora de las condiciones de vida de la población, y a su repercusión sobre la vertiginosa disminución de la mortalidad infantil (que pasó de 204 por 1000 recién nacidos vivos en 1900, a 3.9 en 2000) que a la introducción de nuevos medicamentos, de los que sólo dos grupos, vacunas y antibióticos, han incidido realmente en esa estadística. Hoy las mejoras en la expectativa y la calidad de vida se deben más a la adopción masiva de unos hábitos de vida más saludables (dieta mediterránea, ejercicio físico regular y moderado, evitación de tóxicos como el tabaco), que al consumo indiscriminado de medicamentos, no exentos de efectos adversos.

También hemos de considerar el **consumismo** que impregna las sociedades desarrolladas, y que, pese a los controles de la Administración, llega a los medicamentos, provocando el abuso de éstos. Así se recurre a la **medicalización** de actividades preventivas, sin probar antes con las alternativas no farmacológicas. La voracidad de los agentes está detrás de la idea de que procesos naturales del devenir de los seres humanos son enfermedades que hay que tratar con medicamentos (el sobrepeso, la calvicie, la menopausia, la vejez, la disminución de la potencia sexual). También es frecuente que para el alivio de momentos de infelicidad (problemas laborales o con la pareja) o de mero disconfort (dificultad temporal para conciliar el sueño) se intente encontrar solución en la farmacia. Tampoco ha sido ajeno a este fenómeno la descripción de nuevos síndromes y el cambio de los valores analíticos de referencia, de tal manera que la industria no sólo promueve medicamentos, sino también enfermedades, hasta el punto que casi puede decirse que hay un medicamento para cada enfermedad, y una enfermedad para cada medicamento⁵.

Innovaciones, novedades y políticas de promoción

Muy vinculada a lo anterior, y a la necesidad de mantener las costosas estructuras de investigación y desarrollo (I+D), está la descomunal estrategia de **promoción** de nuevos medicamentos llevada a cabo por la industria entre los profesionales y las asociaciones de pacientes. La mayoría de estos «nuevos» medicamentos, sobre todo los destinados a la medicina ambulatoria, no son auténticas innovaciones, sino fármacos «*me too*», similares a los ya existentes, falsas innovaciones o simples **novedades** terapéuticas. Con esta estrategia los laboratorios persiguen dos objetivos: el primero, **«ampliar» la patente** de otros equivalentes que ya la han agotado por llevar más de diez años comercializados, con lo que consiguen mantener **altos los precios** y, consecuentemente, altos los beneficios, aun a costa de acortar en la práctica, paradójicamente, el período de exclusividad de terceros laboratorios de investigación, al competir por un mismo espacio terapéutico. El segundo, **estimular la demanda** de marcas de los grandes laboratorios pues

está demostrado que cuando se promociona un nuevo medicamento, aumentan las ventas de todo el grupo. De hecho, del total de medicamentos comercializados en España en el período 1980-2004, sólo el 16% suponían una verdadera innovación terapéutica⁶. Este porcentaje se eleva hasta el 28% en el caso de medicamentos que requieren un registro centralizado en la Agencia Europea de Medicamentos (EMA)⁷. En España, los diez principales laboratorios (el 3.5% del total) venden el 40% de los envases, lo que representa cerca del 50% de la cuota del mercado, el doble que hace diez años, consecuencia de la política de fusiones empresariales iniciada en 1996.

Sin embargo, es un hecho prácticamente desconocido para los médicos que las actividades de promoción de la industria se sustentan en el precio del medicamento, y por tanto en el sistema sanitario público, puesto que legalmente hasta un 16% del precio de venta se asigna para gastos de publicidad y promoción.

Esta estrategia promocional adquiere particular importancia, cuando la Administración adopta medidas tendentes a reducir el gasto medio por receta. La reacción comercial defensiva que se despierta, persigue incrementar el número de recetas y desplazar la prescripción hacia los medicamentos más caros, que son los más novedosos y promocionados.

La estrategia da resultado, pero exige grandes inversiones en *marketing*, pues siempre es más costoso convencer a los facultativos de los valores añadidos de un medicamento que no los tiene, que de las de auténticas innovaciones. De ahí que los ensayos clínicos, promovidos en su mayor parte por los laboratorios, no planteen casi nunca hacer estudios comparativos de las ventajas que aportan los nuevos medicamentos con respecto a los que ya se vienen usando, sino sólo frente a placebos: Son claros exponentes de estas prácticas los múltiples antiulcerosos inhibidores de la bomba de protones (los llamados «prazole») y los diferentes fármacos contra el colesterol (estatinas), donde la mayor diferencia que se aprecia entre los distintos principios activos de cada grupo es el precio.

Es de señalar que Farmaindustria, preocupada por los problemas de imagen derivados de los excesos promocionales de los laboratorios, está haciendo un esfuerzo de autocontrol, aplicando entre sus asociados un Código de Buenas Prácticas para la Promoción de los Medicamentos, que trata de hacer cumplir a través de una Unidad de Supervisión Deontológica.

El problema de la seguridad

De este clima consumista y de las **excesivas expectativas** puestas en los medicamentos deriva otro problema destacado, que comporta riesgos muy importantes en relación con los potenciales beneficios: el uso masivo de medicamentos nuevos en detrimento de los antiguos, cuyos perfiles de seguridad son más conocidos. España tiene el dudoso mérito de ser el país europeo donde más cuota de mercado tienen los medicamentos nuevos (un 30% de los de aparición en los últimos cinco años), muy alejada de Japón (15%), Reino Unido (16%) o Bélgica y Francia (23%)⁸.

Pese a los controles, los riesgos de algunos nuevos medicamentos de uso generalizado, como los hipolipemiantes (cerivastatina) y antiinflamatorios (rofecoxib), que ya han sido retirados del mercado mundial por los propios laboratorios debido a sus riesgos inaceptables, o los asociados a la terapia hormo-

nal sustitutoria, así como a los antidepresivos (inhibidores de la recaptación de la serotonina) y antipsicóticos atípicos para determinados segmentos de edad, suponen un gravísimo problema, hasta el punto que el Informe Vilardell⁹ propone que los medicamentos que lleven menos de siete años en el mercado incluyan una advertencia obligatoria en cajas y envases, en la que se indique que el fármaco es nuevo y que se tiene escasa experiencia de uso con él.

A este respecto hay que tener en cuenta que las condiciones en que se realizan los ensayos clínicos con medicamentos son muy distintas a las que se dan una vez puestos éstos en el mercado. Los ensayos se realizan sobre un número limitado de pacientes, durante un tiempo limitado, en una población seleccionada que excluye niños, personas de edad avanzada, mujeres embarazadas y pacientes con otras patologías concomitantes o sometidos a otros tratamientos. En estas condiciones parece razonable hacer un llamamiento a la prudencia y a la vigilancia ante la administración de medicamentos nuevos. Aquí la farmacovigilancia ha de reforzar sus dispositivos de identificación, análisis y gestión de riesgos, reevaluando la relación beneficio/riesgo cada vez que sea necesario.

Ligados al problema anterior están los derivados del uso frecuente de medicamentos para indicaciones no contempladas en la ficha técnica y para las que no hay evidencia oficial, reconocida por ninguna agencia reguladora autorizada, de su efectividad, ni de una relación beneficio/riesgo favorable en el uso que se les da en la práctica clínica, sin que se acuda, como es preceptivo, a los procedimientos contemplados para esos casos (uso compasivo o promoción de ensayos clínicos *ad hoc*). Habría que replantearse el papel de las Administraciones, de las universidades y de los institutos de investigación, que quizá debieran promover ensayos para los casos en que a los laboratorios no les compense incluir una nueva indicación para un medicamento determinado.

Se ha acuñado la denominación de **problemas relacionados con los medicamentos (PRM)** a los problemas de salud vinculados con la farmacoterapia que interfieren, o pueden interferir, con los resultados de salud esperados en los pacientes, y que son responsables de hasta el 10% de los ingresos hospitalarios y de hasta el 20% de las urgencias. En los EE.UU. se han atribuido más de 7000 muertes anuales a esta causa¹⁰. Los PRM son también la causa más común de los eventos adversos ligados a la hospitalización, un 6.5% de los ingresos, de los cuales más de la cuarta parte son prevenibles¹¹. La detección, prevención y resolución de estos PRM es uno de los principales cometidos de la **atención farmacéutica (AF)**¹², de escaso desarrollo y muy cuestionada en nuestro país por la Organización Médica Colegial (OMC)¹³, aunque con carta de naturaleza legal, a tenor de lo dispuesto en el artículo 77.5 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Los PRM incluyen los errores de medicación (EM) y las más estudiadas **reacciones adversas a medicamentos (RAM)**, riesgos inherentes a las propias moléculas. El 41% de los pacientes tratados con medicamentos y del 1.5 al 35% de los pacientes hospitalizados presentan alguna reacción adversa. Las RAM son la causa del 1.1 al 8.4% de los ingresos hospitalarios y del 0.32% de las muertes de pacientes hospitalizados¹⁴.

La posición del médico prescriptor

Los médicos, responsables de la prescripción, se encuentran, pues, sometidos a unas tensiones difíciles de afrontar:

- La industria, a través de sus poderosísimos recursos de *marketing*, trata que la decisión del facultativo se incline por sus productos frente a los de la competencia.
- Los pacientes, que en gran medida han pasado de depositar su confianza en el médico a transferirla a los medicamentos, buscan soluciones a través de éstos, sin esforzarse en muchos casos en seguir las terapias no farmacológicas, en ocasiones mucho más efectivas, o en incorporar a sus vidas hábitos más saludables, y sin tener conciencia del gasto.
- La Administración trata de que la elección terapéutica descanse en las opciones más eficientes, sean estas farmacológicas o no.

Diagnóstico de situación. El problema del gasto en medicamentos

Llegados a este punto cabe preguntarse cuál es el diagnóstico de situación, cuáles son los problemas prioritarios a los que hemos de hacer frente y con qué instrumentos se cuenta para resolverlos.

La prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud es una excelente prestación, que debemos conservar introduciendo las modificaciones necesarias que aseguren su viabilidad en el futuro. Introduce rápidamente las *innovaciones* que aparecen en el mercado (incluso también lo que son sólo *novedades* o *falsas innovaciones*) y es bastante equitativa, con muy poco coste para los usuarios (el promedio de aportación en el SNS sobre el consumo es del 6.97%¹⁵).

Pero tiene un grave problema: hasta 2004 la factura farmacéutica pública ha venido experimentando incrementos anuales muy por encima del aumento de la tasa de financiación del sistema sanitario público en su conjunto, que viene siendo acompañada al crecimiento del PIB nominal, y así, mientras que en 1990 la factura en medicamentos dispensados a través de recetas oficiales suponía un 16% del gasto sanitario total, en 2003 supuso un 22.4%, lo que da una idea de los recursos sustraídos al resto del sistema sanitario público, recursos que podrían haberse destinado a implementar más medios para desarrollar nuevos programas de salud o para reforzar los insuficientemente dotados.

Si bien el gasto en medicamentos ha venido creciendo en todos los países desarrollados por encima del PIB, la factura pública en medicamentos en España, como porcentaje del gasto público sanitario total, es una de las más altas si la comparamos con los países de la UE: Reino Unido, 14.1; Alemania, 14.6%; Italia, 15.0; Francia, 18.3³.

En las CC.AA. una presión así hace que sea difícil cumplir con el objetivo de cuentas equilibradas, establecido en la Ley General de Estabilidad Presupuestaria. Sin embargo, este incremento del gasto farmacéutico público, común a todos los países desarrollados, es abordable a medio plazo.

Así, las últimas reformas introducidas en los sistemas de salud en Europa (Portugal, 2002; Alemania, 2003; Francia, 2004) incorporan nuevos mecanismos de control del gasto público en medicamentos: control de precios, financiación

según eficacia relativa, financiación selectiva, precios de referencia, copago, fomento de genéricos y control de la promoción por parte de los laboratorios.

No obstante, hay que recordar que no todo son gastos: los medicamentos realmente efectivos ahorran otros consumos sanitarios directos (intervenciones quirúrgicas, días de hospitalización, tratamiento por complicaciones, costes de rehabilitación) y también ahorran costes sociales indirectos (bajas laborales, pensiones por incapacidad, años productivos perdidos).

El copago

Algunos agentes, especialmente la industria, que verían acortados sus beneficios si se recetaran masivamente los fármacos más eficientes, proponen como solución al elevado coste de la prestación, que los pensionistas aporten una parte del precio de los medicamentos.

Esta medida es, a nuestro juicio, injusta, en la medida en que hace recaer sobre las personas más vulnerables (y sobre los que teóricamente no eligen los medicamentos que han de consumir, es decir, que perseguiría sólo un efecto recaudatorio) unos costes que podrían llegar a tener un impacto impredecible en la salud de ese colectivo de mayores. Hay que tener en cuenta que más de la mitad de las pensiones está por debajo de los 450 euros, y cerca de las tres cuartas partes por debajo de los 600¹⁶; ¿Qué ocurriría, en términos puramente sanitarios, si el copago se aplicara a las capas más desfavorecidas de la sociedad?

En las condiciones actuales, plantear un nuevo copago sin agotar antes todos los recursos para erradicar las bolsas de ineficiencia y fraude que aún quedan en la prestación farmacéutica, pensamos que es radicalmente injusto y contrario a la equidad, pilar básico del sistema sanitario público.

Podría plantearse, sin embargo, una reestructuración del actual copago, no con fines recaudatorios, sino de mejora de la equidad, de manera que puedan quedar exentos de la aportación los desempleados con prestaciones bajas o los trabajadores con salario mínimo, e incluir en el régimen de aportación a las personas con pensiones más elevadas. Quedarían por evaluar los gastos de administración y gestión que estas medidas supondrían.

Algunas medidas de contención del gasto

Para controlar realmente el crecimiento del gasto farmacéutico es preciso que se tomen decisiones estructurales eficaces y valientes sobre la oferta de medicamentos, que es competencia exclusiva del Estado, y esto debe hacerse sin menoscabar el tejido industrial, alentando la inversión en investigación y desarrollo y asegurando un eficaz abastecimiento de todos los productos a todo el territorio.

Sobre estas bases podrían implementarse las siguientes medidas:

- La ampliación de los criterios de inclusión de fármacos en los conjuntos sometidos a precios de referencia, a fin de incorporar también las nuevas moléculas que compartan el mismo mecanismo de acción y la misma acción terapéuti-

ca, con otras moléculas equivalentes ya incorporadas a los distintos conjuntos del sistema de precios de referencia, y que no ofrezcan mejoras relevantes respecto al arsenal terapéutico ya existente.

- La asignación de la aportación reducida, establecida para los medicamentos de primera elección en el tratamiento de enfermedades crónicas o graves, sólo para los medicamentos genéricos, cuando los haya (copago evitable).
- El fomento de la prescripción por principio activo.
- La referencia del precio de los fármacos a los medicamentos de primera elección, dando prioridad al criterio de utilidad terapéutica en la política de fijación de los precios.
- La exclusión de la financiación pública de los medicamentos que no cumplan los requisitos establecidos en el artículo 89.1 de la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios¹⁷.
- El libre y fácil acceso de los facultativos a un sistema de información actualizado sobre los medicamentos, que sea transparente, no interesado, basado en la evidencia científica, en criterios de eficacia relativa y en criterios éticos.
- La formación continuada reglada en el uso racional del medicamento para todos los prescriptores.
- La implantación de la receta electrónica.
- La erradicación de la práctica de dispensar sin receta medicamentos éticos.
- La adecuación del número de unidades de los envases a los tratamientos estandarizados.

De esta manera las políticas de precio favorecerían el consumo de los medicamentos más eficientes, se relanzaría el mercado de genéricos en España (uno de los más reducidos de Europa), no se incentivaría la producción de falsas innovaciones, y se estimularía a la industria a investigar auténticas innovaciones.

Entre las 67 medidas del Plan Estratégico de Política Farmacéutica presentado por el Ministerio de Sanidad y Consumo el 23 de noviembre de 2004, además de las medidas clásicas (reducción de los precios máximos industriales, reducción del margen de los almacenes mayoristas y de los márgenes de dispensación de los genéricos), ya desarrolladas en el RD 2404/2004, figuran otras medidas más valientes, que han quedado luego matizadas en la Ley 29/2006.

Efectivamente, la reciente Ley 29/2006 recoge las siguientes medidas, alguna de las cuales son nuevas: compromiso de fomentar la prescripción por principio activo (artículo 85), consideración de los informes sobre utilidad terapéutica a la hora de fijar el precio de los medicamentos (artículo 90.3), reducción de un 20% del precio de los medicamentos a los diez años de su financiación, en el caso de que haya un genérico más barato en la UE (artículo 93.6), acceso libre y fácil de los médicos a la ficha técnica de los medicamentos (artículos 15.2, 75, 76, 81c, 82d), recursos suficientes para la formación continuada (disposición adicional sexta.3), y tipificación como falta grave de la dispensación sin receta, cuando esta resulte obligada (artículo 101b.16).

Los medicamentos y sus clases. Los productos sanitarios

Concepto de medicamento

Un medicamento para uso humano es toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico (artículo 8.a de la Ley 29/2006).

Por tanto, tienen la consideración legal de medicamentos, no sólo los productos de elaboración industrial a los que por su composición se les atribuyan propiedades terapéuticas, sino también los que se ofrecen al consumidor como dotados de tales propiedades. Así, los placebos, que se utilizan como referencia en los ensayos clínicos, tienen también la consideración legal de medicamentos (artículo 2.d del Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos y artículo 8.k de la Ley 29/2006).

Naturalmente, los medicamentos están sometidos a una estricta intervención y control por parte de las Administraciones y agencias reguladoras, que exigen que todos los agentes que participen y todas las actividades que se realicen en la cadena del medicamento, desde la primera transformación industrial de sus materias primas, pasando por la elaboración, fabricación, comercialización, importación, exportación, distribución, hasta la dispensación final en las oficinas de farmacia, dispongan de una autorización administrativa previa.

Ningún medicamento elaborado industrialmente podrá ser puesto en el mercado sin la preceptiva autorización de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) e inscripción en el Registro de Medicamentos (artículo 9.1 de la Ley 29/2006).

Requisitos de los medicamentos

La Ley 29/2006, en sus artículos 10 al 16, exige como **requisitos indispensables** para la autorización de un medicamento, los siguientes:

- **Calidad:** los medicamentos, entre otros requisitos deben tener una composición cualitativa y cuantitativa perfectamente establecida. Cuando esto no sea posible, como ocurre con las sustancias biológicas, sus procedimientos de preparación deben ser reproducibles. Los remedios secretos están prohibidos.
- **Seguridad:** en condiciones normales de utilización los medicamentos no deben producir efectos tóxicos o indeseables desproporcionados al beneficio que procuran. La relación beneficio/riesgo debe mantenerse favorable durante toda la vida del medicamento. Obligatoriamente los medicamentos deben ser sometidos a estudios de toxicidad aguda y crónica, teratogenia, embriotoxicidad, fertilidad, mutagénesis y carcinogénesis.
- **Eficacia:** para las indicaciones terapéuticas autorizadas en la ficha técnica. La eficacia deberá establecerse de un modo adecuado, mediante la realización previa de ensayos clínicos.

- **Identificación correcta:** el nombre del medicamento podrá consistir en un *nombre de fantasía*. Sin embargo, medicamentos genéricos deberán designarse con la denominación oficial española del principio activo (DOE) acompañada del nombre o marca del titular o fabricante. Se identificarán, además, con las siglas EFG (equivalente farmacéutico genérico).
- **Información:** precisa y accesible a través, entre otros, de:
 - El **prospecto**, destinado a los pacientes, que deberá ser legible, claro, comprensible para el paciente y con el menor número posible de términos de naturaleza técnica. Figurarán en él, entre otros, la denominación del principio activo, instrucciones para su administración, empleo y conservación, efectos adversos, interacciones, contraindicaciones y medidas en caso de intoxicación.
 - La **ficha técnica**, destinada a médicos y farmacéuticos, resumirá la información científica esencial que permita una terapéutica y atención farmacéutica correcta, de acuerdo con los estudios que avalan su autorización. Es importante destacar que un medicamento no debe prescribirse para indicaciones que no figuren en la ficha técnica. La no observancia de este precepto, sin autorización expresa de la AEMPS, puede acarrear responsabilidad médico-legal para el prescriptor.

Productos frontera

Existen productos que se caracterizan por contener sustancias con potencial actividad farmacológica o que se presentan al consumidor con indicaciones relativas a la salud, pero que debido a sus características o al uso al que están destinados, no están necesariamente sometidos al régimen legal propio de los medicamentos.

Según el artículo 7.3 de la Ley 29/2006, corresponde a la AEMPS resolver sobre la atribución de la condición de medicamento y decidir, por tanto, a qué «productos frontera» les es de aplicación el régimen legal de los medicamentos y cuáles, por el contrario deben regirse exclusivamente por su normativa específica. Entre estos productos están, por ejemplo, los preparados para regímenes dietéticos o especiales (RD 2685/1976 y sus numerosas modificaciones), los complementos alimenticios (RD 1275/2003), los productos con pretendida finalidad sanitaria (RD 1907/1996) y los biocidas (RD 1054/2002).

Es de señalar que, en caso de duda, si un producto puede responder a la definición de medicamento se le debe aplicar la Ley 29/2006, incluso aunque a dicho producto también le fuera de aplicación una definición contenida en otra norma (artículo 7.6 de la Ley 29/2006).

Medicamentos legalmente reconocidos

Los medicamentos reconocidos como tales en la Ley 29/2006 (artículo 7) son:

- Los **medicamentos de uso humano y uso veterinario** de elaboración industrial. Estos medicamentos suponen más de 95% del consumo farmacéutico.
- Las **fórmulas magistrales**, que son medicamentos destinados a un paciente individualizado, preparados por el farma-

céutico o bajo su dirección para cumplimentar expresamente una prescripción facultativa detallada de los principios activos que deben incluir. Estos medicamentos son dispensados en farmacias o servicios farmacéuticos. Representan menos del 1% del consumo farmacéutico.

- Los **preparados oficinales**, que son medicamentos elaborados (se pueden preparar por lotes, sin previa demanda) y garantizados por un farmacéutico o bajo su dirección, dispensados en su oficina de farmacia o en un servicio farmacéutico, enumerados y descritos por el Formulario Nacional, que necesariamente deben presentarse bajo denominación genérica (deben respetarse las patentes) y que se entregan directamente a los enfermos a los que abastece dicha farmacia o servicio farmacéutico. Dependiendo de sus componentes requieren o no receta médica.

Medicamentos especiales

La Ley de Garantías y URM reconoce la existencia de **medicamentos especiales** (artículos 45 al 52 de la Ley 29/2006), que son los siguientes:

- Las vacunas y medicamentos **biológicos** (de órganos y tejidos animales —heparinas—, de microorganismos —interferones recombinantes— y de otros orígenes biológicos).
- Los medicamentos **de origen humano** (fluidos, glándulas, excreciones, secreciones, tejidos y cualesquiera otras sustancias, así como sus correspondientes derivados, cuando se utilicen con finalidad terapéutica). Se incluyen entre ellos los derivados del plasma (albúmina, inmunoglobulinas, factores de coagulación).
- Los medicamentos de **terapia avanzada** (medicamentos de terapia génica y medicamentos de terapia celular somática).
- Los **radiofármacos**.
- Los medicamentos con sustancias **psicoactivas con potencial adictivo (estupefacientes y psicotropos)**.
- Los medicamentos **homeopáticos**.
- Los medicamentos elaborados con **plantas medicinales**.
- Los **gases medicinales**.

Los medicamentos especiales tiene en común el hecho de que susciten preocupación por alguno de los requisitos indispensables que deben reunir los medicamentos: la seguridad (medicamentos biológicos, de origen humano y radiofármacos), las exigencias sobre el control del proceso (terapias avanzadas), la salud pública (adicción y tráfico, en el caso de los estupefacientes y psicotropos), la eficacia (homeopáticos y plantas medicinales), el manejo y la volatilidad (gases medicinales).

Medicamentos genéricos o equivalentes farmacéuticos genéricos (EFG)

Al cabo de diez años de comercialización, el laboratorio investigador de un fármaco o principio activo, pierde el derecho de explotación exclusiva de éste. Desde ese momento otros laboratorios pueden producir y comercializar productos equivalentes al original (genéricos), a precio más bajo, circunstancia ésta que las Administraciones suelen aprovechar para afrontar con más holgura la factura farmacéutica pública.

Los medicamentos genéricos se introducen legalmente en España muy tarde, en 1997. Fue la conocida como Ley de Acom-

pañamiento a los Presupuestos para ese año (Ley 13/1996), la que, modificando los artículos 8, 16 y 90 de la Ley del Medicamento de 1990, introdujo determinados aspectos en relación con ellos.

El medicamento genérico, se define (artículo 8.g de la Ley 29/2006) como aquel que posee la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica que el medicamento de referencia, y cuya bioequivalencia con éste ha sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad. Las diferentes sales, ésteres, éteres, isómeros, mezclas de isómeros, complejos o derivados de un principio activo se considerarán un mismo principio activo, a menos que tengan características considerablemente diferentes en cuanto a seguridad o eficacia. Las distintas formas farmacéuticas orales de liberación inmediata podrán considerarse la misma forma farmacéutica.

En enero de 2007, las presentaciones de medicamentos genéricos financiados por el SNS alcanzan la cifra de 3314, más de un 30% del total del noménclator.

Los EFG constituyen hoy el eje del sistema de precios de referencia del SNS, al exigirse la necesidad de su existencia para poderse conformar un *conjunto*, entendido como la totalidad de las presentaciones de medicamentos financiadas que tengan el mismo principio activo e idéntica vía de administración. Asimismo, el artículo 93 de la Ley 29/2006 establece que los genéricos no podrán superar el precio de referencia del conjunto correspondiente.

Si se prescribe un medicamento que forme parte de un *conjunto* y su precio supera el de referencia, el farmacéutico deberá sustituirlo por el de menor precio y, a igualdad de precio, por el medicamento genérico.

Ocho años después de la introducción de los EFG, el mercado de genéricos en España alcanzó el 9.12% del total de las unidades y el 4.96 de los valores¹⁸, lo que denota la lentitud de la penetración de estos medicamentos en España, muy lejos de los valores alcanzados por Alemania (27), Reino Unido (18) u Holanda (13)⁸.

No obstante, el volumen de prescripción de genéricos en el SNS durante el primer trimestre de 2006, en relación con los medicamentos financiados, ha experimentando un aumento importante, al alcanzar un 16.65% en envases y un 8.60% del importe.

Una de las razones de que no siempre puede hallarse relación entre el consumo de genéricos y el control del crecimiento del gasto hay que buscarla en los «medicamentos copia», concepto equívoco, no legal ni oficial, que se usa en España para designar a los medicamentos, fabricados por laboratorios que, aprovechando la legislación farmacéutica vigente hasta octubre de 1992, que sólo reconocía la patente de procedimiento y, no la de producto, patentan copias de productos originales investigados por otros laboratorios y registrados antes de 1992, pero obtenidas por procedimientos diferentes al del laboratorio original, por lo que pueden mantener precios inferiores, incluso, a los de sus equivalentes genéricos. Esta posibilidad queda abierta durante los 20 años de vigencia de la patente industrial, es decir hasta el 2012 como máximo.

Medicamentos publicitarios

El mercado de autocuidado de la salud (medicamentos no sujetos a prescripción médica) está integrado por:

- Medicamentos sin receta no publicitarios:
 - Excluidos de la oferta pública (medicamento EXO). El precio es libre para los que no tengan indicación financiada.

- Reembolsables por el SNS, pero que pueden dispensarse sin receta. Son de precio controlado.
- Medicamentos publicitarios, sobre los que puede hacerse publicidad directa al público. Son de precio libre y no están bajo la cobertura de la financiación pública.

Los medicamentos que no requieren prescripción facultativa son los destinados a procesos o condiciones que no necesitan un diagnóstico preciso, que no son inyectables y que tienen un perfil de seguridad alto (artículo 19.4 de la Ley 29/2006).

De entre ellos pueden ser autorizados como publicitarios los que no se financien con fondos públicos y no precisen para su utilización la intervención de un médico, aunque requieran la de un farmacéutico (artículo 78.1 de la Ley 29/2006).

El fomento de la *automedicación responsable*, a través de medicamentos publicitarios, ha sido empleado por varios países de la UE como medida de contención del gasto público en medicamentos, y ha logrado además una descongestión del sistema asistencial público. Pero algunos autores señalan que un mayor consumo de medicamentos publicitarios no conduce necesariamente a un mejor control del crecimiento del gasto farmacéutico público.

En España, la cuota de mercado de los medicamentos sin receta, es excesivamente baja (6.49%), sobre todo si la comparamos con la de Alemania (21.74%), Francia (19.76%) y Reino Unido (16.15%)⁷.

Medicamentos huérfanos y medicamentos sin interés comercial

Se reconocen en los artículos 2.3 y 109.1 de la Ley 29/2006.

Los medicamentos huérfanos (MH) son aquellos destinados a combatir enfermedades raras, es decir, enfermedades de baja prevalencia, por lo que a los laboratorios tienen que ofrecérseles incentivos especiales que les permitan recuperar sus inversiones en I+D.

Las enfermedades raras descritas superan las 6000, de las que unas 1200 están perfectamente definidas. Un 80% son de base genética y afectan a un 5% de la población española. En 2003 se crea el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, que mantiene un sistema de información (SIERE) que puede consultarse en: <http://iier.isciii.es/er/>.

El reglamento 141/2000 de la UE define los criterios de los MH y describe los incentivos para los laboratorios que hayan obtenido una designación.

Los criterios de designación son:

- Criterio de gravedad: la afección puede poner en peligro la vida del paciente o abocarle a una incapacidad crónica.
- Criterio de prevalencia: la enfermedad no puede afectar a más de cinco personas por cada diez mil en la comunidad, o el fármaco, sin incentivos, no genera beneficios potenciales que justifiquen la inversión.
- Criterio de orfandad: no existe un medio alternativo satisfactorio autorizado para el tratamiento.
- Criterio de racionalidad científica: los solicitantes pueden presentar sus medicamentos en cualquier momento de su desarrollo.

Los criterios de calidad, seguridad y eficacia para la autorización definitiva de comercialización, son los mismos que los que se exigen a cualquier otro medicamento.

El nuevo Reglamento de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) (Reglamento 726/2004 de 11 de marzo), permite otorgar una «autorización provisional» de un año, renovable, para estos productos.

Los incentivos a los laboratorios son los siguientes:

- Exclusividad comercial durante diez años.
- Asistencia de la EMA en la elaboración de protocolos de desarrollo.
- Acceso al procedimiento centralizado.
- Exención parcial o total de las tasas de registro.
- Participación en programas europeos de subvenciones a la investigación.

Los medicamentos sin interés comercial son aquellos que no existen o son insuficientes en el mercado nacional, y que son necesarios para el tratamiento de determinadas enfermedades o patologías. Estos medicamentos están exentos de tasas.

Medicamentos en investigación

Es la forma farmacéutica de una sustancia activa o placebo que se investiga o se utiliza como referencia en un ensayo clínico. Comprende también los productos con autorización de comercialización cuando se utilizan o combinan (en la formulación o en el envase) de forma diferente a la autorizada, o cuando se emplean para una indicación no autorizada, o para obtener más información sobre un uso autorizado (artículo 8.k de la Ley 29/2006).

En relación con estos medicamentos habría que referirse al **uso compasivo de medicamentos** como aquella utilización, en pacientes aislados y al margen de un ensayo clínico, de medicamentos en investigación o de medicamentos comercializados para indicaciones o condiciones de uso distintas de las autorizadas en la ficha técnica, cuando el médico, bajo su exclusiva responsabilidad, considere indispensable su utilización (artículo 28 del RD 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos).

La utilización de un medicamento en uso compasivo requerirá de consentimiento informado del paciente, un informe clínico justificativo, la conformidad del director del centro y la autorización de la AEMPS.

Condiciones de prescripción y dispensación

El artículo 19 de la Ley 29/2006 establece que, en la autorización del medicamento, la AEMPS determinará las condiciones de prescripción, clasificándolo, según corresponda, en las siguientes categorías:

- Medicamentos sujetos a prescripción médica:
 - De prescripción médica renovable o no renovable.
 - De prescripción médica especial (para los medicamentos especiales).
 - De prescripción médica restringida (medicamentos de especial control médico, medicamentos de uso hospitalario, medicamentos de diagnóstico hospitalario).
- Medicamentos no sujetos a prescripción médica (publicitarios y no publicitarios).

Productos sanitarios

Aunque no son medicamentos, los productos sanitarios (efectos y accesorios) también están incluidos en la oferta farmacéutica pública y suponen en torno a un 4% del consumo farmacéutico.

Se considera *producto sanitario* (artículo 8.1 de la Ley 29/2006) a cualquier instrumento, dispositivo, equipo, material u otros artículos (incluidos los programas informáticos que intervengan en su buen funcionamiento) utilizados solos o en combinación y destinados por el fabricante a ser utilizados en seres humanos para los siguientes fines de:

- diagnóstico, prevención, control, tratamiento o alivio de una enfermedad;
- diagnóstico, control, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o deficiencia;
- investigación, sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso fisiológico;
- regulación de la concepción.

Asimismo, no deben ejercer su acción principal en el interior o en la superficie del cuerpo humano por medios farmacológicos, inmunológicos ni metabólicos, aunque tales medios puedan contribuir a esa función.

Por *efectos y accesorios* se entienden aquellos productos sanitarios de fabricación seriada que se obtienen en régimen ambulatorio y cuyo uso tiene como finalidad llevar a cabo un tratamiento terapéutico o ayudar a paliar los efectos indeseados del mismo tratamiento. Están incluidos en la oferta de la prestación farmacéutica pública.

A los productos sanitarios financiados con fondos públicos y que se dispensen a través de receta oficial del SNS en territorio nacional les es de aplicación la normativa sobre medicamentos establecida en la Ley 29/2006.

Prestación farmacéutica del sistema nacional de salud

Contenido de la prestación farmacéutica del SNS

La prestación farmacéutica del SNS comprende los medicamentos y productos sanitarios (PS) y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma ajustada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus necesidades individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad (artículo 16 de la Ley 16/2003, de Calidad y cohesión del SNS; coincide esta definición con la de «Uso Racional del Medicamento» dada por la Conferencia de Expertos de la OMS, reunida en Nairobi).

Productos incluidos

- *Los medicamentos de fabricación industrial autorizados y registrados por la AEMPS*, y cuya financiación por el SNS con cargo a los fondos públicos haya sido autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC).
- *Las fórmulas magistrales y preparados oficinales* elaborados de forma artesanal por el farmacéutico o bajo su dirección en las oficinas de farmacia (o en los servicios de farmacia autorizados), en las condiciones pactadas en el correspondiente con-

cierto suscrito entre las administraciones sanitarias autonómicas y la Organización Farmacéutica Colegial.

- *Los efectos y accesorios* que dispongan del marcado CE y cuya financiación por el SNS haya sido autorizada por el MSC. Estos productos son:
 - Materiales de cura.
 - Utensilios destinados a la aplicación de medicamentos.
 - Utensilios para la recogida de excretas y secreciones.
 - Utensilios destinados a la protección o reducción de lesiones o malformaciones internas.
- *Las vacunas individualizadas antialérgicas y bacterianas*, preparadas con agentes inmunizantes, en la concentración y la dilución específicas establecidos en la correspondiente prescripción para un paciente determinado.

Criterios de inclusión

La inclusión de medicamentos en la financiación del SNS se posibilita mediante la **financiación selectiva y no indiscriminada**, teniendo en cuenta criterios generales, objetivos y públicos y concretamente los establecidos en el artículo 89.1 de la Ley 29/2006:

- Gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para las que resulten indicados.
- Necesidades específicas de ciertos colectivos.
- Utilidad terapéutica y social del medicamento.
- Racionalización del gasto público destinado a las prestaciones farmacéuticas.
- Existencia de medicamentos u otras alternativas para las mismas afecciones.
- Grado de innovación del medicamento.

Productos excluidos

Con carácter general quedan excluidos de la financiación por el Sistema Nacional de Salud, según lo señalado en el artículo 89.2 de la Ley 29/2006:

- Los medicamentos publicitarios.
- Los productos de utilización cosmética, dietéticos, aguas minerales, elixires, dentífricos y otros productos similares.

El listado de los medicamentos excluidos de la financiación pública se relacionan en el anexo II del Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre (BOE 4-11-2003), por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC.

Criterios de exclusión

La ley establece que podrán no financiarse con fondos públicos aquellos medicamentos o productos sanitarios cuya financiación pública no esté justificada o no se estime necesaria.

La decisión de excluir total o parcialmente un medicamento o de someter a condiciones especiales de financiación los medicamentos ya incluidos se adoptará además teniendo en cuenta el precio o el coste del tratamiento de los medicamentos comparables que existen en el mercado y las orientaciones del Consejo Interterritorial del SNS (artículo 89.3 de la Ley 29/2006).

La Ley 29/2006, en su artículo 89.5, dispone que el Gobierno revisará y actualizará periódicamente la relación de los medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, en función de la evolución de los criterios de uso racional, los conocimientos científicos, la aparición de nuevos medicamentos de mayor utilidad terapéutica o la aparición de efectos adversos que modifiquen la relación beneficio/riesgo.

Características de la prestación farmacéutica del SNS

Indicación y prescripción

Los médicos y odontólogos vinculados al SNS son los responsables de la indicación y prescripción, así como del seguimiento de los tratamientos.

Según el tipo de medicamento prescrito o circunstancias del paciente, la prescripción deberá hacerse a través de:

- **Orden hospitalaria de dispensación de medicamentos o productos financiados:**

- Cuando se apliquen al enfermo dentro de las instituciones sanitarias propias y concertadas (pacientes hospitalizados, pacientes en urgencias o en hospitales de día). La prescripción deberá ser hecha por los facultativos de esas instituciones de entre los medicamentos y PS que figuren en la guía farmacoterapéutica del centro correspondiente. Se dispensarán sin cargo para el paciente.
- Cuando se apliquen fuera de las instituciones sanitarias, y cuando se requiera una particular vigilancia, supervisión y control (medicamentos de uso hospitalario, hospitalización a domicilio). Esta fórmula sólo se aplica en las instituciones del SNS. Los pacientes no tienen que realizar ninguna aportación.

- **Receta oficial del Servicio Nacional de Salud**

- De medicamentos o productos financiados: para ser aplicados fuera de las instituciones. La dispensación sólo podrá hacerse en las oficinas de farmacia abiertas al público legalmente autorizadas, previo pago de la aportación establecida, si procede.
- La prescripción de productos farmacéuticos con cargo al Sistema Nacional de Salud, y a través de receta oficial sólo puede ser realizada por médicos y odontólogos legalmente autorizados.

Determinados medicamentos (estupefacientes y psicótopos) están sujetos a **prescripción médica especial**, mientras que otros están sometidos a **prescripción médica restringida** (medicamentos de especial control médico, OM 13/05/85; medicamentos de diagnóstico hospitalario, RD 767/1993). Todos ellos están sometidos a un control previo a la dispensación a través del visado de inspección.

Dispensación

La dispensación corresponde a:

- **Los servicios de farmacia hospitalaria** de centros propios o concertados **o de atención primaria**, sin pago de aportación alguna por parte del usuario cuando, los medicamentos se apliquen dentro de las Instituciones o cuando, en caso de que se apliquen fuera de éstas, exijan una particular vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinario de atención a la salud.

- **Las oficinas de farmacia** abiertas al público legalmente autorizadas, cuando:

- Los medicamentos financiados estén destinados a pacientes ambulatorios y hayan sido prescritas en receta oficial del SNS, previo pago de la aportación correspondiente por parte del usuario, si procede.
- Se trate de productos farmacéuticos no financiados, que corren enteramente por cuenta de los pacientes y, por tanto, no son facturables al SNS.

Participación económica de los usuarios (copago)

Básicamente depende del régimen de inclusión de los titulares del derecho en el sistema de Seguridad Social, trabajadores en activo o pensionistas.

Aportación normal (artículo 2 del RD 1605/1980, en vigor desde el 1/9/1980).

Es la aportación económica del 40% sobre el precio de venta al público (PVP) que, con carácter general, corresponde satisfacer, en el momento de la dispensación en la oficina de farmacia, a los titulares y beneficiarios incluidos en el régimen de trabajadores en activo en el sistema de Seguridad Social.

Aportación reducida (artículo 5 del RD 83/1993, y anexo III del RD 1348/2003)

Aportación de un 10% del PVP, hasta un máximo de 2.64 euros por envase, que corresponde pagar a titulares y beneficiarios incluidos en el régimen de trabajadores en activo cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:

- Que se les prescriban medicamentos o efectos y accesorios, legalmente reconocidos, que se consideran de primera elección en el tratamiento de enfermedades crónicas o graves.
- Que los medicamentos se administren en el marco de campañas sanitarias.
- Que se trate de enfermos de SIDA (RD 1867/1995)

Exención de aportación. Se da en los siguientes casos:

- Pensionistas.
- Accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
- Síndrome tóxico (RD 2448/1981).
- Minusválidos (en grado igual o superior al 33%, y que no perciban otras prestaciones) (RD 383/1984).
- Pacientes atendidos en urgencias u hospitalizados, o atendidos en régimen de hospitalización domiciliaria o en régimen ambulatorio cuando su tratamiento exija una particular vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinario de atención.

Legalmente, la participación en el pago puede ser modulada por el Gobierno, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 94.2 de la Ley 29/2006, según criterios que tengan en cuenta:

- La capacidad de pago.
- La utilidad terapéutica y social de los medicamentos o productos sanitarios.
- Las necesidades específicas de ciertos colectivos.
- La gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para los que resulten indicados.
- La racionalización del gasto público destinado a prestaciones farmacéuticas.
- La existencia de medicamentos o PS ya disponibles y de otras alternativas mejores o iguales para las mismas afecciones.

Actividad por sectores. La cadena del medicamento (Figura 6.1)

De la industria a los consumidores

Los medicamentos de fabricación industrial (el 95% de los que se consumen) los producen los laboratorios y llegan a los usuarios a través de una cadena de distribución en la que participan la distribución mayorista, las oficinas de farmacia y los servicios farmacéuticos de hospitales y atención primaria.

Dos son las vías fundamentales, reguladas por la legislación, para hacer llegar los medicamentos a los consumidores:

- La dispensación a través de los servicios de farmacia hospitalaria, que supone en torno al 15% de la factura farmacéutica pública total.
- La dispensación al público a través de las oficinas de farmacia, que supone el 85% del gasto farmacéutico público total.

Industria farmacéutica³ (investigación y producción)

El número de laboratorios titulares de registros de medicamentos farmacéuticos en España, en 2002, era de 377. De ellos, el 45% están radicados en Madrid (fundamentalmente laboratorios multinacionales) y el 43% en Cataluña (básicamente laboratorios nacionales productores de genéricos).

Los laboratorios con actividad productiva que tienen al menos 10 empleados son 259.

El personal empleado directamente al servicio de la industria farmacéutica asciende a 38 700 trabajadores.

Distribución mayorista

En España existen más de 190 almacenes con presencia en todas las comunidades autónomas.

La actividad de estos mayoristas viene regulada en el Real Decreto 2259/1994, y sus márgenes vienen establecidos en el Real Decreto 164/1997, modificado por el Real Decreto 2402/2004.

Para su distribución a las oficinas de farmacia, los mayoristas adquieren los productos directamente a los laboratorios a precio de venta de laboratorio (PVL) aunque no es infrecuente que éstos

negocien con la industria precios inferiores. Últimamente algunos laboratorios venden a los almacenes a doble precio, amparándose en lo establecido en el artículo 90.1 de la Ley 29/2006, reservando el PVL para los medicamentos que vayan a ser dispensados en territorio nacional, y el segundo precio —más elevado— para los destinados al comercio transfronterizo.

Sobre el precio de venta del almacén (PVA) a las farmacias, los distribuidores se quedan con un margen del 7.6%, salvo que el medicamento tenga un PVL superior a 89.62 euros, en cuyo caso se aplica un margen fijo de 7.37 euros¹⁹. El margen sobre el PVA es el señalado, pero el margen sobre el precio de compra PVL (que corresponde a ganancias brutas de la distribución) es algo mayor.

Las farmacias suelen adquirir los medicamentos a través de los almacenes farmacéuticos, de las que muchas veces son participes en régimen de cooperativas los titulares de las farmacias, y que aprovisionan a éstas, realizando como promedio dos suministros al día.

Oficinas de farmacia (dispensación). El modelo mediterráneo

En España, el número de oficinas de farmacia autorizadas ascendía, en 2006, a 20 579.

Tras la autorización de apertura por parte del órgano de la comunidad autónoma competente en materia de ordenación farmacéutica, las farmacias se incorporan automáticamente al concierto que los Colegios Oficiales de Farmacéuticos mantienen con cada una de las Administraciones autonómicas para la prestación farmacéutica, lo que les convierte en proveedores del servicio público, al que facturan sus servicios mensualmente a través de los colegios.

El modelo de dispensación a través de oficinas de farmacia vigente en España (*modelo mediterráneo*) se basa en definir las farmacias como establecimientos sanitarios privados de interés público (artículo 84.6 de la Ley 29/2006), sujetos a la planificación sanitaria. Queda reservado a los farmacéuticos el derecho a ser los únicos que pueden ostentar la propiedad y titularidad de las oficinas de farmacia abiertas al público (artículo 103. 4 de la Ley 14/86 General de Sanidad). El modelo incluye ciertas prerrogativas, como un régimen de distancias mínimas (normalmente 250 metros) con relación a las oficinas más cercanas y a los centros sanitarios públicos, y un módulo poblacional (normalmente una farmacia cada 2800 habitantes). Este régimen admite variaciones en las distintas comunidades autónomas. Además, se prohíbe que los farmacéuticos tengan más de una farmacia, pero como se trata de establecimientos privados, se les permite transmitirla (respetando en general un período de carencia) a otro farmacéutico o darla en herencia, en su caso. Este modelo ha sido puesto en cuestión recientemente por un dictamen motivado de la Comisión Europea, de 28 de junio de 2006, debido a la posible vulneración de la libertad de establecimiento recogida en el Tratado de la Unión. La Comisión considera que la limitación del número de farmacias en función de los habitantes y de la distancia mínima entre farmacias, la reserva de propiedad de una farmacia exclusivamente para los farmacéuticos y la prohibición de que un mismo farmacéutico sea propietario o copropietario de más de una oficina de farmacia al mismo tiempo, son contrarias al artículo 43 del Tratado. Este asunto está pendiente de resolver y quizá sea llevado por la Comisión al Tribunal de Justicia de Luxemburgo.

Las oficinas de farmacia aplican un margen profesional por dispensación y venta al público del 27.9% sobre el precio de venta al público (PVP) sin IVA, salvo para los medicamentos de PVL

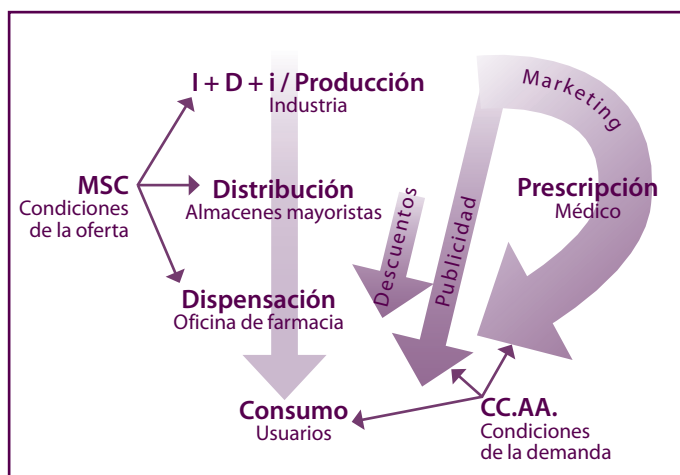


Figura 6.1. La cadena del medicamento.

superior a 89.62 euros, en los que aplican un margen fijo de 37.53 euros por envase²⁰. El margen sobre el precio de venta (PVP) es el señalado, pero el margen sobre el precio de compra (PVA), que representa las ganancias brutas de las farmacias, es mayor.

El Real Decreto 165/1997, modificado primero por el Real Decreto Ley 5/2000, y luego por el Real Decreto 2402/2004, establece en su disposición adicional segunda una escala de deducciones a cada farmacia según el volumen de ventas totales.

Trazabilidad de los medicamentos

El artículo 87 de la Ley 29/2006 establece una serie de obligaciones sobre información para los distintos agentes (laboratorios, almacenes mayoristas y oficinas de farmacia) que permitan garantizar la trazabilidad de los medicamentos y lograr así un adecuado abastecimiento del mercado y mayores garantías de seguridad para los ciudadanos, ya que se pueden identificar falsificaciones y retirar rápida y eficazmente los lotes defectuosos. A nadie se le esconde que otro objetivo, no declarado, es conocer los medicamentos y los agentes que participan en el comercio paralelo, que, aunque legal, puede ser causa de desabastecimiento de medicamentos.

La trazabilidad es posible gracias a que por ley (artículo 15.4 de la Ley 29/2006) es obligatoria la identificación de cada envase, para lo cual será preciso cambiar el actual código de barras existente en cada embalaje por un código bidimensional.

Farmacovigilancia²¹

La farmacovigilancia es una actividad de salud pública destinada a la detección, evaluación y prevención de los riesgos asociados a los medicamentos una vez comercializados éstos. La imposibilidad de conocer todos los efectos adversos de los numerosos medicamentos que se autorizan hasta que no se cuenta con experiencia prolongada de su uso en el mercado hizo necesario establecer el sistema español de farmacovigilancia (SEFV), coordinado por la AEMPS, descentralizado en las comunidades autónomas y conformado por los distintos centros autonómicos de farmacovigilancia. El SEFV se encarga de identificar riesgos, a partir, entre otros medios, de las notificaciones espontáneas (procedentes de profesionales sanitarios, fabricantes e importadores²²) de sospechas de efectos adversos. El centro de farmacovigilancia adonde llega dicha notificación la cataloga, desde el punto de vista de la causalidad, en alguna de estas cinco categorías: definitiva, probable, posible, condicional e improbable, y desde el punto de vista de la gravedad, en leve, moderada (incapacidad temporal) o grave (peligro para la vida, invalidez, hospitalización). Cada centro integra las notificaciones en una base de datos central, llamada FEDRA. Las notificaciones se hacen a través de los clásicos formularios (tarjetas amarillas) o por teléfono, fax, correo electrónico o páginas *web*. Algunas aplicaciones de prescripción asistida por ordenador los llevan incorporados para la comunicación automática.

Habitualmente se requieren tres o más notificaciones para que se genere una señal que sugiere que un medicamento está relacionado con una RAM inesperada (que no figura en la ficha técnica) o que puede ser más frecuente o grave de lo esperado por los datos existentes. Estas señales son analizadas en el Comité Técnico del SEFV y, en su caso, remitidas al Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano, órgano colegiado que asesora a la AEMPS, el cual propone medidas de reducción de riesgos. Finalmente la

AEMPS, según la aceptabilidad del riesgo, puede adoptar cualquier medida reguladora. Si se trata de un riesgo aceptable en las condiciones de uso autorizadas, cabe formular una nota informativa sobre la reacción adversa y las medidas de prevención. Si el riesgo es aceptable en ciertas condiciones, procede una modificación de la ficha técnica y el prospecto, reduciendo las indicaciones, introduciendo contraindicaciones, restringiendo el medicamento a ciertos grupos de población, recomendando controles analíticos, limitando la prescripción (pase a uso hospitalario o diagnóstico hospitalario o prescripción por especialista) o restringiendo ciertas presentaciones. Si finalmente el riesgo es inaceptable, la AEMPS puede ordenar que el producto sea retirado del mercado.

El papel de la administración central del estado

La Administración central ostenta las competencias más importantes en el ámbito de la prestación farmacéutica, las que afectan a la regulación de la oferta, puesto que de ella dependen, en exclusiva, la regulación en materia de bases y coordinación general de la sanidad, la legislación sobre productos farmacéuticos y legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social (artículos 149.16 y 149.17 de la Constitución Española)

El papel técnico de la Administración central del Estado

Los cometidos técnicos los lleva a cabo principalmente la **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios**, que depende de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios (DGFPS) del Ministerio de Sanidad y Consumo, y que, según el artículo 31 de la Ley 16/2003, asume, entre otras, las actividades de:

- Evaluación previa de la eficacia, seguridad y calidad del producto que se presenta ante el registro, a cargo de la Comisión de Evaluación de Medicamentos (CODEM), órgano consultivo de la AEMPS (RD 520/1999).
- Registro y autorización de comercialización (el registro puede ser nacional sólo para España, o nacional a través del procedimiento de reconocimiento mutuo, o venir impuesto desde la Agencia Europea del Medicamento —EMA—, a través del procedimiento centralizado²³), como EFG o marca de fantasía. Implica asimismo la inclusión del medicamento en uno de los grupos de clasificación.
- Autorización de cualquier modificación que afecte a la dosificación, indicaciones, presentación, envase y embalaje del producto.
- Fijación de las condiciones de prescripción y dispensación: con receta (bajo prescripción renovable, prescripción especial o prescripción restringida), o sin receta (publicitarios o no publicitarios) (artículo 19 de la Ley 29/2006).
- Autorización del uso compasivo de medicamentos con carácter individualizado (artículo 28.2 del RD 223/2004, de Regulación de los ensayos clínicos).
- Inspección, vigilancia y control de medicamentos para uso humano y veterinario, productos sanitarios, cosméticos y de higiene personal.
- Análisis económicos para la evaluación de estos productos.

El papel político de la Administración central del Estado

Los cometidos políticos los desarrolla directamente la Administración central del Estado, que asume las siguientes competencias:

- La inclusión o no de un producto en el régimen de financiación pública (artículo 89.1 de la Ley 29/2006).
- El régimen de aportación de los usuarios activos (normal o reducida).
- La fijación del precio industrial máximo o PVL para cada medicamento por parte de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, que debe tomar en consideración los informes sobre utilidad terapéutica que elabore la AEMPS (artículo 90.2 de la Ley 29/2006).
- La fijación de los precios correspondientes a la distribución y dispensación de los medicamentos que se dispensen en territorio nacional. Esta competencia corresponde al Gobierno, previo acuerdo de la Comisión Delegada para Asuntos Económicos, de forma general o por grupos o sectores, tomando en consideración criterios de carácter técnico-económico y sanitario (artículo 90.1 de la Ley 29/2006).
- El establecimiento del PVP mediante la agregación del PVL y los conceptos correspondientes a los costes de la comercialización, competencia que corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo (artículo 90.4 de la Ley 29/2006).
- La determinación de los conjuntos de medicamentos afectados por los precios de referencia, así como la fijación de éstos. Corresponde al MSC, previo acuerdo de la Comisión Delegada para Asuntos Económicos e informe del CISNS (artículo 93.2 de la Ley 29/2006).
- La determinación de descuentos por volúmenes de venta.
- El establecimiento de reservas singulares en las condiciones de prescripción y dispensación (visados de inspección) (artículo 89.1 de la Ley 29/2006).

Las condiciones para obtener la autorización están establecidas por ley, de manera que no puede negarse la autorización si tanto el solicitante como el medicamento se ajustan a las condiciones requeridas. No existe límite legal alguno al número de medicamentos que se pueden autorizar, aunque tengan la misma composición en cuanto a principios activos.

La financiación selectiva de medicamentos por el SNS

Uno de los principales factores que explican las elevadas tasas de crecimiento del gasto farmacéutico radica en la ausencia, en la práctica, de una adecuada financiación selectiva, y en el poco peso que representa el criterio de *eficacia terapéutica relativa* a la hora de fijar el precio de los distintos medicamentos

La antigua Ley del Medicamento de 1990 ya separaba las actividades técnicas de registro, a cargo de la AEMPS, de las actividades políticas de inclusión o no de los medicamentos en la financiación pública y de la fijación del precio de éstos por parte del MSC (DGFP y Comisión Interministerial del Precio de los Medicamentos, respectivamente).

Esta disociación (registro-financiación) perseguía una financiación selectiva de los medicamentos objeto de prestación pública,

de tal manera que no todos los medicamentos que obtuvieran el registro tuviesen que ser necesariamente financiados.

Los criterios de inclusión, ya reseñados, del artículo 89.1 de la Ley 29/2006, eran prácticamente los mismos que los de la Ley de 1990, pero, la interpretación dada en las normas de desarrollo los hicieron inoperantes a la hora de ordenar y dar coherencia al nomenclátor, desde el punto de vista del uso racional del medicamento.

Esta política de «puertas abiertas» hizo que la práctica totalidad de los productos que no se destinaban a la venta libre fueran incluidos en el sistema público.

Así, en nuestra cartera de servicios farmacéuticos encontramos medicamentos de similar utilidad terapéutica y perfil de riesgo similares pero con enormes diferencias de precio, o con una relación coste-beneficio adicional totalmente desproporcionado, o con una relación beneficio/riesgo dispar para las mismas indicaciones, o simplemente con medicamentos iguales a precios muy distintos (esto último ha sido parcialmente solucionado por el sistema de precios de referencia).

Se discute si las llamadas *novedades me too*, que poco o nada aportan al arsenal terapéutico ya existente, deben ser incluidas o no en la prestación pública. A tenor de la Ley del Medicamento de 1990, ya derogada, y de la nueva Ley de Garantías, podrían no ser incluidas. Pero hay quien plantea que si las *novedades* no son financiadas, se socavarían las estructuras de I+D de los laboratorios y tampoco tendríamos verdaderas *innovaciones*. Sin embargo, parece poco razonable que las *novedades* sean tratadas, desde el punto de vista de los precios, como si fueran *innovaciones*, tal y como ahora ocurre, pues ello conduce a desincentivar la investigación innovadora, a impregnar de incoherencias todo el nomenclátor y a estimular una política de promoción perversa.

A las *novedades* o *falsas innovaciones* no debieran fijárseles precios superiores a los establecidos para moléculas ya existentes en el mercado que tengan un efecto terapéutico y un perfil de seguridad equivalentes. Para ello hubiera sido necesario conformar los conjuntos del sistema de precios de referencia por grupos terapéuticos, y no por principio activo, sugerencia que no se materializó en la Ley 29/2006.

La clasificación de los medicamentos en función de su utilidad terapéutica y de su eficacia relativa, tal como recoge el Plan Estratégico de Política Farmacéutica del MSC, ha quedado muy matizada en la Ley 29/2006, que en su artículo 90.3, y con vistas a fijar el precio industrial máximo de los medicamentos, señala que «la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos tendrá en consideración los informes sobre utilidad terapéutica que elabore la AEMPS».

El sistema de precios de referencia (SPR)

La actual política de precios de referencia, heredera de la anterior y ahora definida en el artículo 93 de la Ley 29/2006, se basa en fijar el precio máximo que el sistema público está dispuesto a pagar por los medicamentos pertenecientes a los conjuntos que determine el Ministerio de Sanidad y Consumo. Estos conjuntos incluyen la totalidad de los medicamentos que comparten el mismo principio activo y la misma vía de administración y que cuentan con algún genérico.

Se excluyen, durante cinco años, las formas farmacéuticas innovadoras que se consideren de interés por mejorar la utilidad terapéutica.

El precio para cada conjunto se establece hallando la media aritmética de los tres costes por tratamiento y día menores, calculados según la dosis diaria definida (DDD).

Hasta el 1 de marzo de 2007, el SPR afectaba a 70 principios activos de 94 conjuntos y 2195 medicamentos. A partir de esa fecha el sistema de precios de referencia alcanza a 119 principios activos de 136 conjuntos y 4237 medicamentos, según establece la orden SCO/3997/2006.

Estas medidas han ido «racionalizando» el mercado, de tal manera que, la Administración no abona precios muy diferentes por productos iguales.

Hay que tener en cuenta que, en nuestro sistema, al que toma la decisión de prescribir un producto caro o barato (el médico) no se le traslada apenas ningún riesgo (salvo la pérdida de algún incentivo), ya que no existe un presupuesto individualizado cuyo incumplimiento suponga merma sobre sus retribuciones. Tampoco se traslada carga alguna al usuario por las decisiones de su médico (copago evitable, por ejemplo).

En este sistema, repetimos, los «precios de referencia» son una política necesaria de uso racional del medicamento, pues es difícil convencer a prescriptores y usuarios de que medicamentos de marca y genéricos son exactamente iguales cuando (pese a que podemos evitarlo), estamos dispuestos a pagar por ellos diferencias de precio considerables, cosa que sucedía a menudo antes que entrara en vigor el primer sistema de precios de referencia.

El gasto farmacéutico del SNS

Componentes del gasto farmacéutico en el SNS

Dos son los componentes que inciden en el gasto farmacéutico:

- El número de recetas que se prescriben (la cantidad de la demanda).
- El gasto medio de las recetas que se prescriben (el precio de los productos que se ofertan y se demandan).

Sobre la cantidad de la demanda intervienen varios factores ya señalados:

- El aumento de la población protegida.
- La creciente edad de la población (el envejecimiento). Cada pensionista consume como promedio unas ocho veces más recetas que el trabajador en activo, y unas once veces en términos de valor.
- Las características de morbilidad y los eventos epidemiológicos de la población.
- La mejora de la accesibilidad a un sistema público de calidad.
- El aumento de las enfermedades crónicas que conlleva el envejecimiento.
- La medicalización de las actividades preventivas.
- El replanteamiento de los parámetros de la normalidad.
- La cultura del consumo.
- La promoción y publicidad de los laboratorios.
- La disminución del gasto medio por receta, que despierta una reacción comercial defensiva.

- El incremento de las expectativas de los ciudadanos hacia el sistema y hacia los medicamentos.
- El grado de control sobre los prescriptores.

Sobre el gasto medio de las recetas que se prescriben intervienen también:

- La aparición y prescripción de innovaciones y novedades, más caras.
- La baja en el registro de los medicamentos más baratos.
- La promoción y publicidad de los laboratorios, que se concentra en los medicamentos más novedosos y caros.
- La prescripción inducida desde la atención especializada.
- Las medidas tomadas por la Administración central (política de precios, financiación selectiva, reducción de precios industriales, reducción de márgenes al canal farmacéutico, deducciones por volúmenes de ventas, sistema de precios de referencia, visados de inspección, cambio en las condiciones de dispensación, etc).
- Las medidas adoptadas por la Administración autonómica, destinadas a promocionar el uso racional del medicamento (participación, formación, información, racionalización, control e incentivación).
- El porcentaje de población pensionista, exenta de aportación.
- El nivel de información y formación de los prescriptores.

Evolución del gasto farmacéutico del SNS

Como muestra la Figura 6.2, el gasto público en medicamentos ha venido creciendo incesantemente en la última década.

La tasa de crecimiento sigue una dinámica en «dientes de sierra», por las distintas medidas correctoras que ha tomado el Ministerio de Sanidad y Consumo, que afectan sobre todo al gasto medio por receta, y que mantienen su efecto relativo durante los doce primeros meses de su entrada en vigor (Fig 6.3).

En los últimos quince años se han producido cuatro descensos en la tasa de crecimiento del gasto farmacéutico del SNS: en 1993-1994, en 1997, en 2000-2001 y en 2004-2006.

El descenso de 1993-1994 se debió a las siguientes medidas:

- Exclusión de 1105 formatos de medicamentos, de 215 laboratorios, de la financiación del SNS (primer «medicamentazo») (RD 83/93 y OM 6/4/93).
- Reducción promedio del PVL de los medicamentos en un 3% (entre el 2.7% y el 4.2%) (pacto MSC-Farmaindustria).
- Reducción del IVA del 6% al 3% (Ley 37/92), que luego se incrementaría hasta el actual 4% sobre el PVP (Ley 40/94).
- Ampliación del tope máximo para los medicamentos de aportación reducida, que pasó de 0.30 a 2.4 euros (RD 83/93), que posteriormente se aumentó a 2.52 euros (OM 19/10/94) y más tarde al actual 2.64 euros (OM 18/10/95)
- Acuerdo con las oficinas de farmacia, a través de los Colegios, para la aplicación de descuentos sobre la facturación total por pronto pago, que supuso una aportación media de 1.6% del consumo, y que estuvo en vigor hasta 1997, año en que se publicó el Real Decreto 165/97, que reduce el margen de las oficinas.

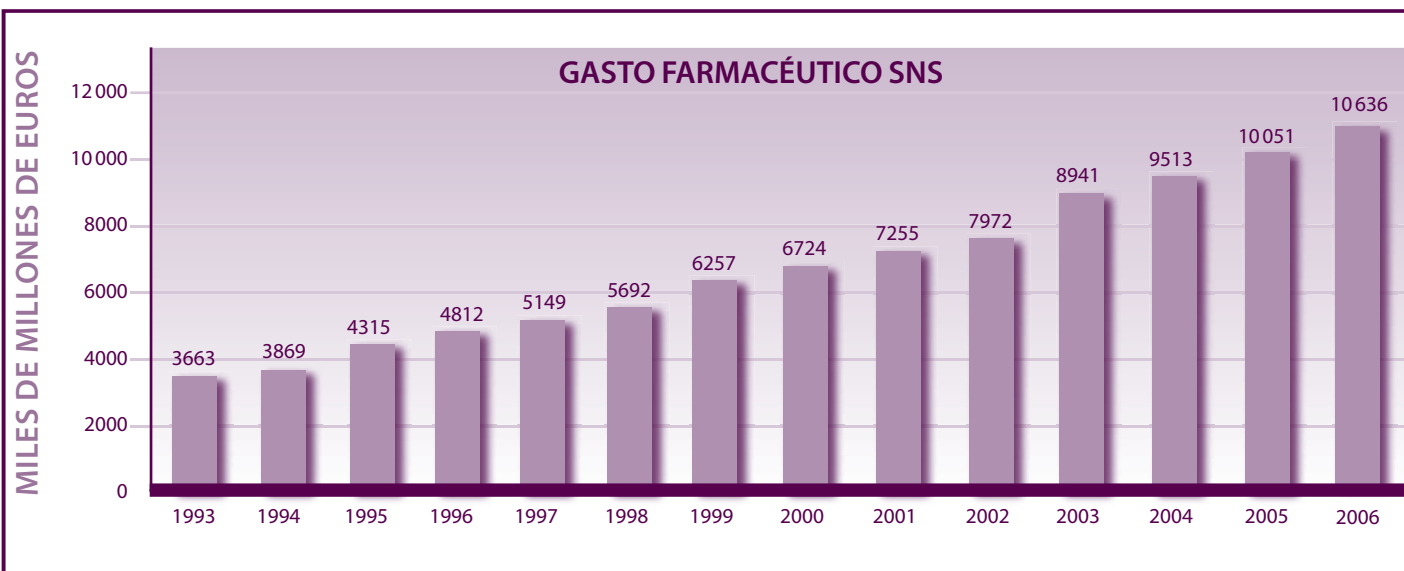


Figura 6.2. Gasto público en medicamentos a través de recetas.

El descenso de 1997 se debió a las siguientes medidas:

- Reducción del margen comercial de la distribución mayorista, del 12 al 11% del PVA, manteniéndose en el 5% para los envases clínicos (RD 164/97).
- Reducción del margen comercial de la dispensación en oficinas de farmacia del 29.9 al 27.9% del PVP sin IVA, manteniéndose en el 10% de los envases clínicos (RD 165/97).

A partir del 1 de septiembre de 1998, y en virtud del Real Decreto 1663/98, de 24 de julio, se procedió a excluir de la financiación pública 984 presentaciones de 831 medicamentos, de 125 laboratorios (fue el llamado «segundo medicamento»). Esta medida afectó a los *medicamentos de utilidad terapéutica baja* (UTB) o que tenían indicaciones para problemas menores o eran de uso esporádico.

El descenso de los años 2000-2001 se debió a la adopción de las siguientes medidas:

- Reducción promedio del PVL en un 6% (efectivo en un 4.3%) (RDL 12/99).

- Reducción del margen comercial de la distribución, del 11% al 9.6% del PVA (RDL 6/99), y de los medicamentos de PVL > 78.34 euros, que quedó en un margen fijo de 8.32 euros por envase (RDL 5/2000).
- Reducción del margen de las oficinas para los medicamentos de PVL > 78.34 euros, quedando en un margen fijo de 33.54 euros, con una mejora del margen para los genéricos de PVL < 78.34 euros, que pasó del 27.9 al 33% del PVP sin IVA.
- Aplicación a las oficinas de farmacia de una escala de deducciones por volumen de ventas mensuales (a PVP-IVA), a partir de 27 646.56 euros, con descuentos de entre el 7 y el 13% (RDL 5/2000).
- Primera Orden de Precios de Referencia, que estableció 114 conjuntos homogéneos que incluían 42 principios activos (OM 13 julio de 2000). Como resultado, el precio de 505 formatos se redujo una media del 14%.

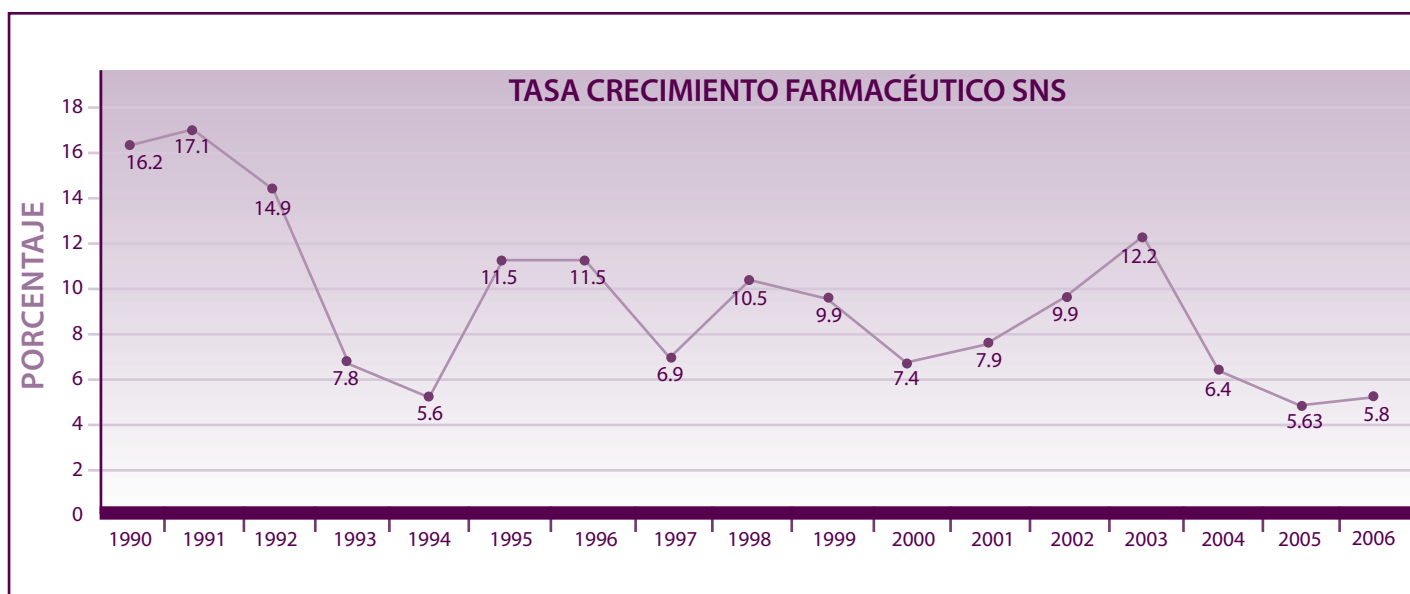


Figura 6.3. Evolución de la tasa de crecimiento del gasto público en medicamentos a través de recetas.

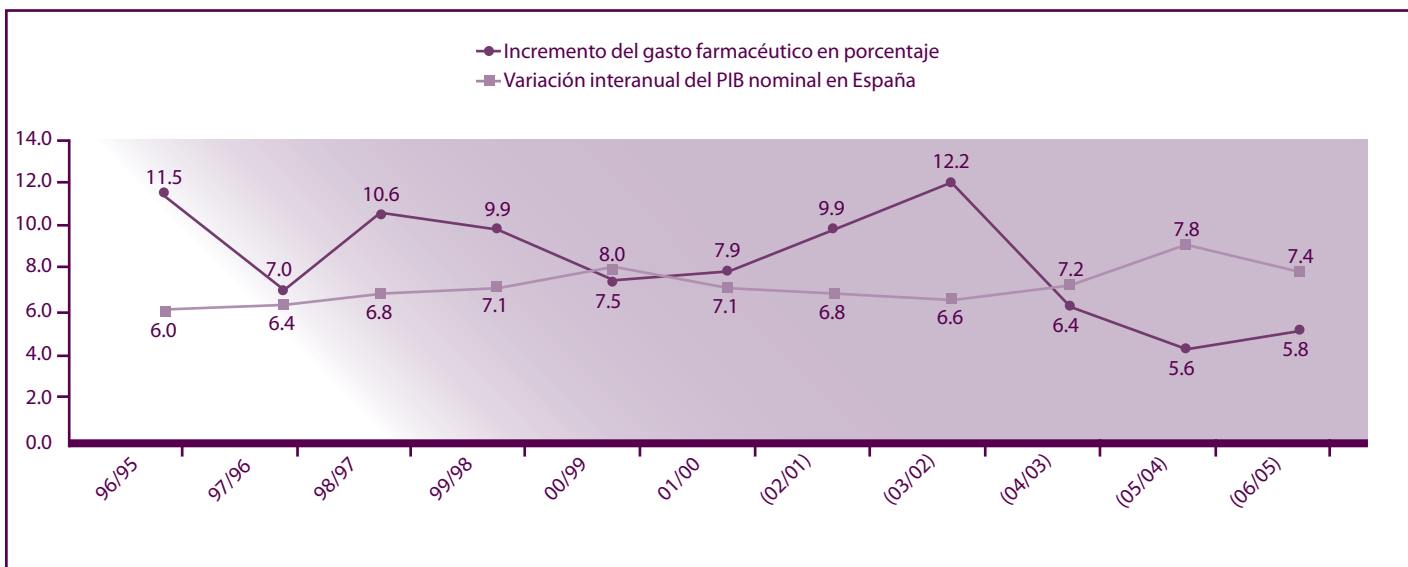


Figura 6.4. Evolución de la tasa de crecimiento del gasto público en medicamentos a través de recetas en relación a la tasa de crecimiento del PIB nominal.

- La segunda Orden de Precios de Referencia que entró en vigor el 1 de mayo de 2002, introducía 28 nuevos conjuntos homogéneos, incluyendo otros 17 principios activos, y supuso una rebaja de los precios de 671 formatos, con reducciones que oscilaron entre el 9.3 y el 20%. Sin embargo, no pudo impedir un incremento del gasto correspondiente ese año del 9.9%, debido al aumento del número de recetas y al desplazamiento en la prescripción.

El descenso de los años 2004-2006 estuvo motivado por la adopción de las siguientes medidas:

- Entrada en vigor, a partir del 1 de enero de 2004, del nuevo sistema de precios de referencia (NSPR).
- Rebaja generalizada (incluyendo los medicamentos de uso hospitalario) del 4.2% en el PVL, a partir del 1 de marzo de 2005, y del 2% a partir del 1 de marzo de 2006 (RD 2404/2004).
- Reducción del margen de la distribución del 9.6% del PVA al 8.6% el 1 de marzo de 2005, y al 7.6% el 1 de marzo de 2006 (RD 2404/2004).
- Medidas puestas en marcha por las comunidades autónomas, que ya se están dotando de estructuras destinadas en exclusiva a la política farmacéutica.

Las medidas que entraron en vigor el 1 de marzo de 2007 establecidas en la Orden SCO/3997/2006, incluyen la actualización

del sistema de precios de referencia y el descuento del 20% en medicamentos con genéricos en otros Estados de la UE, y suponen un ahorro estimado en 640 millones de euros anuales.

Evolución del gasto farmacéutico con relación al PIB nominal (Figura 6.4)

Como es sabido, hasta 2004 la tasa anual de incremento del gasto farmacéutico público se vino situando repetidamente varios puntos por encima del PIB nominal, indicador que se utiliza como base de los incrementos de la financiación sanitaria en los dos últimos modelos de financiación de la sanidad autonómica. Ello explica la creciente proporción de la factura farmacéutica pública en el gasto sanitario público total.

Evolución del promedio de participación de los usuarios

El porcentaje de participación de los usuarios en la factura farmacéutica va decreciendo a medida que aumenta el peso de la población pensionista, tal y como se pone de manifiesto en la Figura 6.5.

Número de recetas, gasto medio por receta y población

Anteriormente hemos visto los distintos factores que intervienen en el número de recetas que se prescriben, que alcanzó una cifra de más de 795 millones en 2006.

El gasto medio por receta fue, para ese mismo año, de 13.36 euros. Por colectivos, una receta de un pensionista sale un 48% más cara que una receta de un trabajador activo.

El incremento del gasto farmacéutico tiene mucho que ver con la población, como se demuestra en las comunidades autónomas en que ésta crece más (Murcia, Madrid, Canarias). Pero a nivel de todo el SNS, en el número de recetas parece influir más la reacción de los agentes cuando disminuye el gasto medio por receta, tal y como se refleja en las Figuras 6.6 y 6.7.

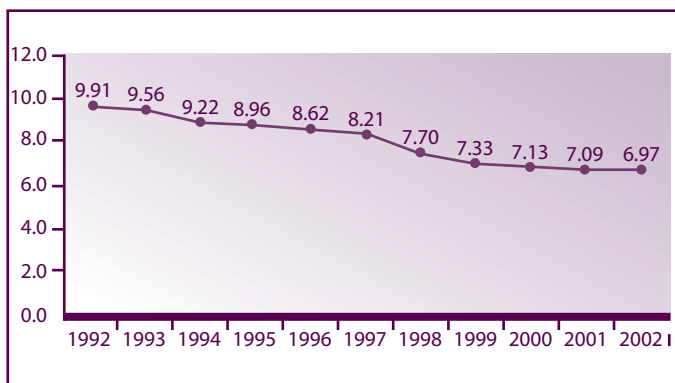


Figura 6.5. Evolución del porcentaje promedio de participación de los usuarios.

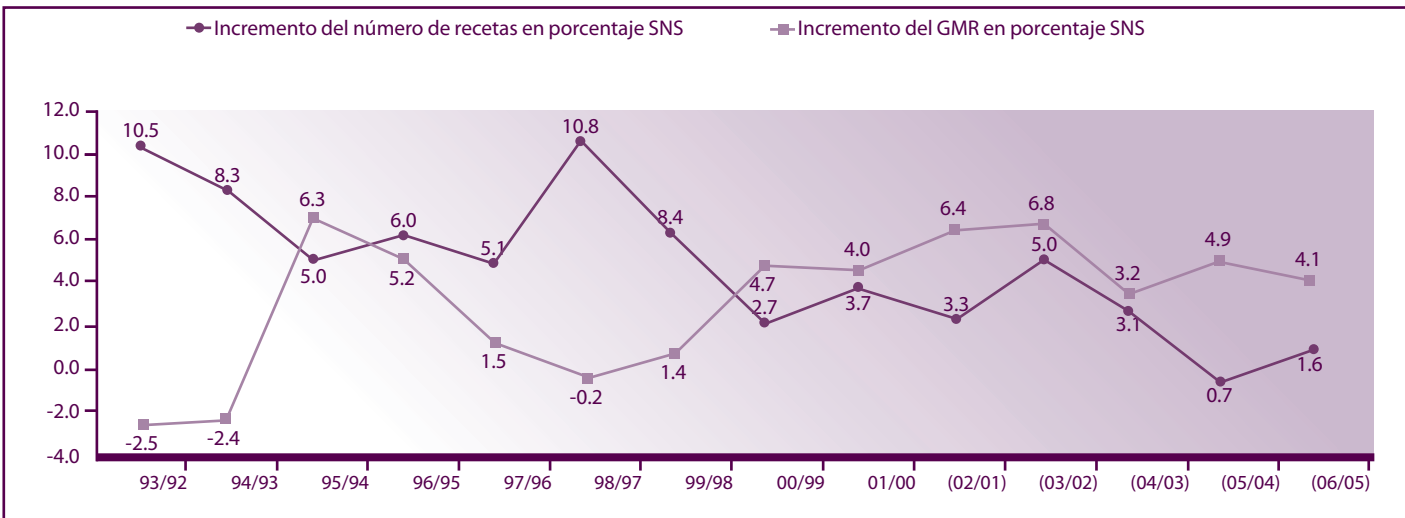


Figura 6.6. Evolución de la tasa de crecimiento del gasto medio por receta (GMR) y de la tasa de crecimiento del número de recetas.

Análisis comparativo entre comunidades autónomas. Gasto per cápita

Dejando aparte el hecho de que no todas las comunidades autónomas incluyen exactamente el mismo gasto a través de recetas oficiales (algunas excluyen, por ejemplo, las tiras reactivas de determinación de glucemia o los absorbentes de incontinencia o los dietoterápicos complejos), mostramos en la Tabla 6.1 la participación que, con arreglo a los datos disponibles, le corresponde a cada comunidad autónoma en relación con la población total (según los datos a fecha de 1 de enero de 2006, proporcionados por el INE), comparándolo con su participación en el gasto farmacéutico total correspondiente a 2006.

La citada Tabla da cuenta también del gasto per cápita en el SNS y en cada una de las comunidades autónomas.

Según estos datos, el gasto se sitúa por encima de la media, en relación con la población, en Galicia, la Comunidad Valenciana, Asturias, Extremadura, Aragón, Castilla-La Mancha, Murcia y Castilla-León. En valores medios se sitúan Navarra, el País Vasco, La Rioja, Cataluña y Cantabria. Por debajo de la media aparecen Madrid, Baleares, Andalucía y Canarias.

Estrategias para la promoción del uso racional del medicamento desde las comunidades autónomas

El papel de las administraciones autonómicas

Corresponde a las Administraciones autonómicas ejercer las competencias siguientes, entre las que figuran las que afectan principalmente al uso racional del medicamento en el SNS (artículo 88.1 Ley 29/2006), o sea, las que **influyen sobre la demanda de los medicamentos y PS:**

- La ejecución de la legislación en materia de productos farmacéuticos.
- La ordenación de establecimientos y servicios farmacéuticos.
- La ejecución de la prestación farmacéutica a través de la concertación con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- La implantación de sistemas de información para la gestión de la prestación.
- La evaluación y el control del gasto en medicamentos y productos sanitarios a través de recetas. La ordenación y

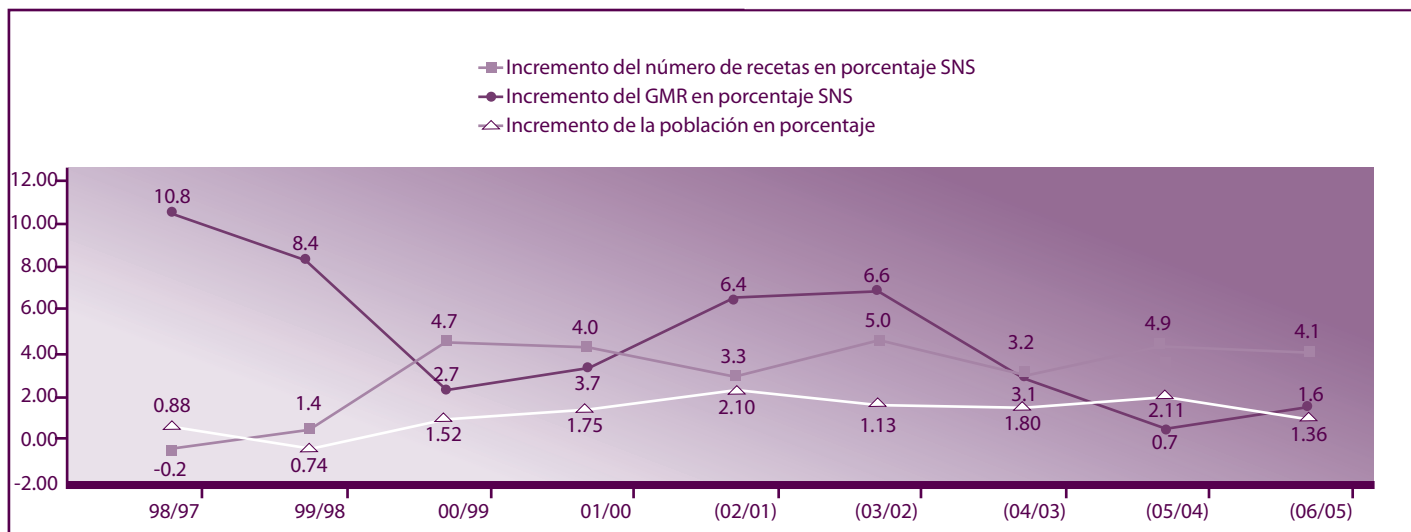


Figura 6.7. Evolución de la tasa de crecimiento del gasto medio por receta (GMR) y de la tasa de crecimiento del número de recetas y la tasa de crecimiento de la población.

control de las recetas y de su número. El control de la dispensación, facturación y pago.

- La evaluación y control de la prestación farmacéutica de los hospitales públicos.
- La implementación de programas de uso racional del medicamento, que comprenderán entre otros:
 - Programas de educación sanitaria dirigidos a la población general para la prevención de la automedicación, el buen uso de los medicamentos y la concienciación social e individual sobre su coste.
 - Programas de formación continuada dirigidos a los profesionales que recojan información independiente, actualizada y de calidad, desde la evidencia científica.
 - Control del proceso de prescripción.
 - Establecimiento de protocolos y guías terapéuticas y farmacoterapéuticas.
 - Nuevas tecnologías en la prescripción y dispensación. Prescripción asistida por ordenador. Receta electrónica.

- La regulación y el control de la actividad promocional de los laboratorios, especialmente de la visita médica.
- La resolución de los estudios post-autorización

Estrategias de participación

Estas estrategias pretenden conformar una *masa crítica* de facultativos interesados en las políticas de promoción de la mejora de la calidad de la prescripción, indispensable para extender entre sus compañeros esas políticas, que están indisolublemente unidas a las del uso racional del medicamento y que no pueden ser preocupación exclusiva de un reducido círculo de gestores, farmacéuticos y funcionarios de los servicios centrales.

El desarrollo de un sistema de participación de los agentes responsables de la prescripción y la dispensación es un factor clave. Este sistema debe incluir la de grupos de trabajo permanentes de promoción de la calidad terapéutica por cada área de salud, en las que estén representadas cada una de las zonas básicas de salud.

Tabla 6.1.

Comunidad Autónoma	Población a 01/01/2006	Porcentaje de participación sobre población total 2006	Gasto en 2006	Porcentaje participación sobre gasto 2006	Gasto per cápita 2006
TOTAL	44 708 964	100	10 636 243 382	100	237.90
Andalucía	7 975 672	17.84	1 739 302 733	16.35	218.08
Aragón	1 277 471	2.86	341 731 076	3.21	267.51
Asturias (Principado de)	1 076 896	2.41	302 411 612	2.84	280.82
Baleares	1 001 062	2.24	186 385 120	1.75	186.19
Canarias	1 995 833	4.46	462 526 887	4.35	231.75
Cantabria	568 091	1.27	134 459 207	1.26	236.69
Castilla-La Mancha	1 932 261	4.32	505 745 285	4.75	261.74
Castilla y León	2 523 020	5.64	625 121 722	5.88	247.77
Cataluña	7 134 697	15.96	1 692 307 392	15.91	237.19
Comunidad Valenciana	4 806 908	10.75	1 354 680 426	12.74	281.82
Extremadura	1 086 373	2.43	295 249 208	2.78	271.78
Galicia	2 767 524	6.19	781 128 656	7.34	282.25
Madrid (Comunidad de)	6 008 183	13.44	1 109 724 528	10.43	184.70
Murcia (Región de)	1 370 306	3.06	356 190 485	3.35	259.93
Navarra (Comunidad Foral de)	601 874	1.35	144 219 881	1.36	239.62
País Vasco	2 133 684	4.77	509 667 013	4.79	238.87
Rioja (La)	306 377	0.69	73 030 452	0.69	238.37
Ceuta	75 861	0.17	12 621 711	0.12	166.38
Melilla	66 871	0.15	9 739 988	0.09	145.65

Debe contar también con un grupo de trabajo permanente para el ámbito de la comunidad autónoma que dé cabida a los colegios profesionales de médicos y farmacéuticos, así como a los centros autonómicos de farmacovigilancia, y que mantenga relaciones fluidas con la industria.

Además es fundamental constituir un grupo de trabajo permanente de farmacia hospitalaria, que armonice las distintas guías farmacoterapéuticas y aproveche las economías de escala a través de concursos centralizados de determinación de tipos para todos los hospitales de una misma comunidad autónoma.

Estrategias de formación e información

La formación médica en terapéutica es una medida estratégica que tradicionalmente se ha dejado en manos de una parte interesada de la cadena del medicamento, que ha orientado durante décadas la prescripción hacia los productos de marca o los nombres de fantasía.

Por ello, es fundamental la realización de seminarios, jornadas y cursos dirigidos a médicos en los que se actualicen los conocimientos sobre las afecciones más frecuentes y sobre el manejo de los grupos terapéuticos más empleados en la clínica (antihipertensivos, hipolipemiantes, antidiabéticos orales e insulinas, antiasmáticos, antiulcerosos, psicofármacos, antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos), insistiendo en las áreas susceptibles de mejora de la calidad de la prescripción con mayor impacto sanitario y económico. Esta formación debe estar preferentemente encomendada a médicos de familia y farmacéuticos, aunque la incorporación de especialistas en farmacología clínica a las estructuras de atención primaria (caso de Cantabria) es una experiencia muy prometedora. La financiación de estas actividades puede provenir de la aportación de la industria fijada en la disposición adicional sexta de la Ley 29/2006.

Las publicaciones periódicas y la adecuada difusión de boletines farmacoterapéuticos, protocolos y fichas de información terapéutica, puede ser de ayuda en esa tarea.

También son de inestimable valor los formularios para hospitales y servicios de urgencia de atención primaria. Las guías farmacoterapéuticas (guías de medicamentos recomendados por su coste-efectividad) y las guías terapéuticas informatizadas.

En este sentido, la *guía terapéutica de atención primaria basada en la evidencia*, editada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, es un instrumento de gran valor, pues recoge las recomendaciones terapéuticas (farmacológicas y no farmacológicas) basadas en la evidencia para la práctica totalidad de las patologías que se atienden en atención primaria. Asimismo es de interés la incorporación de las recomendaciones de esta guía al módulo de prescripción asistida por ordenador.

Además, es necesario emprender campañas institucionales, informativas y educativas sobre el uso adecuado de los medicamentos y contra la automedicación no responsable, y sobre promoción de los medicamentos genéricos y de las políticas de empleo racional de antibióticos.

Usos de nuevas tecnologías

Uno de los factores más importantes en la contención del gasto público en medicamentos es el desarrollo de un sistema de información que permita llegar a los facultativos y ayudarles en el momento de la prescripción, facilitándoles acceso a una base de datos de medicamentos elaborada con criterios de uso racional del

medicamento. El sistema de información permitirá además monitorizar su perfil prescriptor y las causas del crecimiento de su gasto, y facilitaría que la gestión se centrara en los factores más susceptibles de modificación, y contemplara la extensión de los módulos de prescripción asistida por ordenador a todas las consultas de atención primaria.

Para alcanzar las máximas potencialidades del sistema habría que incorporar información mediante los códigos de los medicamentos prescritos, así como identificar al prescriptor, la plaza, el paciente y sus características.

Tras la informatización de las consultas (con el consecuente acceso a la historia clínica electrónica de los pacientes) que implica disponer de un módulo de prescripción asistida, el siguiente reto es alcanzar la *receta electrónica*, cuya principal utilidad práctica consiste en evitar que los pacientes crónicos tengan que acudir repetidamente al centro de salud para que le extiendan las recetas de continuación de sus tratamientos. Esta utilidad aligerará el volumen de las consultas en un 20%, lo cual permitirá que los facultativos dispongan de más tiempo para la atención de sus pacientes.

La receta electrónica, además de mejorar la gestión y el control (pues dará información en tiempo real), disminuirá la prescripción inducida al posibilitar que los especialistas prescriban directamente todo el tratamiento a los pacientes, ayudando de paso a reducir los *botiquines caseros*, al no tener los pacientes necesidad de retirar nuevos envases hasta no haber consumido los anteriores.

Estrategias de racionalización

Prescripción por principio activo

El fomento de la prescripción por principio activo es una estrategia nada desdeñable que merece un comentario más amplio.

La prescripción por DOE, o por principio activo, es una práctica que tiene cobertura legal ya desde la Ley del Medicamento de 1990, y ahora en el artículo 85 de la Ley 29/2006. Consiste en que los médicos pueden recetar por el nombre de la sustancia que produce el efecto terapéutico, sin señalar una marca comercial determinada. Los médicos deben precisar en las recetas el nombre del principio activo, la dosis, la forma farmacéutica y el número de unidades por envase.

Hasta ahora es, sin embargo, una práctica poco común, al no haberse fijado los precios de dispensación para esos casos. Según el artículo 85 de la Ley 29/2006 «En los casos en los que el prescriptor indique en la receta simplemente un principio activo, el farmacéutico dispensará el medicamento que tenga menor precio y, en caso de igualdad de precio, el genérico, si lo hubiere». Con ese fin, la orden SCO/3997/2006 fijó por primera vez, en su anexo 5, la relación de los medicamentos de menor precio.

La experiencia de Andalucía, puesta en marcha por el Servicio Andaluz de Salud en septiembre de 2001, ha ido consolidándose a lo largo del tiempo, de modo que en 2005 se prescribió voluntariamente por principio activo un 60% de las recetas oficiales extendidas en atención primaria y un 28% en atención especializada. Este sistema ha sido aceptado de buen grado por la población (aceptación del 69% en 2003), y ha constituido una de las bazas para contener el crecimiento del gasto en esa comunidad autónoma.

La práctica de la prescripción por principio activo es hoy recomendada por los organismos sanitarios que dan primacía a la prescripción como acto eminentemente científico, alejado de las prácticas comerciales.

Si quisiéramos resumir las ventajas de esta práctica podríamos concluir que la prescripción por principio activo:

- Es la manera de prescribir que recomienda la OMS.
- Promueve la identificación universal de los medicamentos.
- Facilita el intercambio de información científica y bibliográfica entre los facultativos e investigadores de los distintos países.
- Evita al médico memorizar el nombre de múltiples marcas de fantasía que comparten el mismo principio activo.
- Se ajusta a la formación que los médicos han recibido en las facultades de medicina.
- Contribuye a atemperar la presión promocional de la industria.
- Evita despilfarrar recursos, tanto públicos como de los usuarios, al no pagar los medicamentos por la «marca», sino por los efectos terapéuticos, esto es por su contenido.
- Promociona la dispensación de medicamentos genéricos.
- Evita confusiones ante nombres de marcas parecidos.

De este sistema han de excluirse los medicamentos de rango terapéutico estrecho.

El éxito de la implantación de esta práctica de prescripción por principio activo dependerá:

- De la implicación de los facultativos.
- Del grado de implantación de la prescripción asistida por ordenador.
- De campañas informativas entre profesionales y usuarios.

Armonización de los criterios de selección de medicamentos de los distintos hospitales

Las comisiones de farmacia de los distintos hospitales públicos son las que tradicionalmente vienen seleccionando los medicamentos que deben incluirse en las respectivas guías farmacoterapéuticas.

Pero los criterios de selección y las propias exigencias de información para la inclusión de nuevas moléculas en el arsenal terapéutico de los hospitales son dispares, y dan lugar a situaciones de inequidad en el acceso a la prestación según que el paciente sea atendido en uno u otro centro, o que sea atendido en un centro propio o concertado.

La unificación de los criterios de selección, a través de un protocolo de acceso común, y la facilitación de la labor de las comisiones de farmacia de los distintos centros puede llevarse a cabo a través de una guía farmacoterapéutica básica común para cada comunidad autónoma, que sea referente para todos los hospitales públicos y para los centros concertados, que esté permanentemente actualizada, y que esté disponible para todos en una página *web*.

Los criterios de selección tendrán especialmente en cuenta la evidencia científica disponible, el concepto de equivalencia terapéutica (que cerrará el paso a las falsas innovaciones) y los criterios de calidad, seguridad y eficacia relativa.

Concursos centralizados de determinación de tipos para proveer a los servicios de farmacia hospitalaria por comunidades autónomas

Es un hecho que los distintos hospitales pagan precios diferentes por medicamentos idénticos, aunque siempre igual o por debajo del PVL.

Esto se debe al resultado de las distintas políticas de cada centro (negociación de suministros) y al resultado de los distintos concursos, en los que se valoran aspectos concretos de cada centro (capacidad de compra, morosidad en el pago, alternativas terapéuticas, etc).

Los concursos centralizados de determinación de tipos, que abarcan los medicamentos de mayor impacto económico, pretenden lograr economías de escala, considerando la capacidad de compra del conjunto de los hospitales de una comunidad autónoma.

Mejora de la atención farmacéutica en centros sociosanitarios

Los pacientes ingresados en centros sociosanitarios normalmente sufren patologías crónicas y múltiples que requieren medicación.

En esas condiciones (pacientes ancianos con pluripatología y polimedicación) las posibilidades de reacciones adversas a los medicamentos se multiplican, y es necesario establecer una vigilancia y un seguimiento especial.

La dispensación de medicamentos mediante recetas oficiales se hace a PVP en las oficinas de farmacia a través de terceros (recuérdese que normalmente estos pacientes se hallan ingresados), lo que da origen a prácticas de dirigismo y compensaciones.

La mejora de la atención farmacéutica a pacientes ingresados en centros sociosanitarios debe perseguir:

- La dotación de atención farmacéutica directa a los pacientes ingresados en estos centros.
- La atención a través de servicios o depósitos farmacéuticos dependientes de servicios de farmacia hospitalaria o de atención primaria, que se abastecerían directamente de los laboratorios, a través de concursos públicos.
- La prescripción por orden hospitalaria de dispensación y no a través de recetas oficiales, respetando la guía farmacogeriátrica consensuada.
- La financiación de la atención farmacéutica directa a expensas del ahorro de los actuales costes de distribución y dispensación.
- La promoción de políticas de colaboración con organismos públicos y privados para racionalizar la prestación y mejorar la calidad de la prescripción en los centros sociosanitarios.

Estrategias de control

Control de talonarios: distribución según presupuesto individualizado y según características del cupo (activos/pensionistas). Control a través de una aplicación de gestión de talonarios uniforme en toda la comunidad autónoma.

Control y evaluación mensual del perfil de prescripción de cada facultativo, entrevistando para su autocontrol a los «hiperprescriptores». Esta tarea se ve facilitada por la posibilidad de contar con un portal del prescriptor, para que cada facultativo pueda acceder a través de una contraseña personal, a sus datos actualizados, y comparados con los de su zona básica de salud y su área de salud.

Control de la actividad promocional de la industria (regulación de la visita médica y la asistencia a congresos y cursos) tras establecer consensos con los médicos y la industria.

Control de los estudios post-autorización, que impida sean destinados a la promoción.

Control de la prescripción inducida desde la atención especializada, promoviendo la prescripción de la instauración o modifica-

ción del tratamiento en recetas oficiales, directamente a cargo de los médicos especialistas.

Control, a través de sistemas informatizados, del uso fraudulento de la prestación.

Mejora de la calidad de la facturación y de la función inspectora, a través de la digitalización de las recetas facturadas.

Control previo a la dispensación, en su caso, como medio de implantación de políticas de uso racional del medicamento.

Incentivación a la calidad de la prescripción. Indicadores

Incentivos a los facultativos que promuevan medidas de uso racional del medicamento, tanto de tipo profesional (promoviendo su incorporación a los criterios de evaluación de la carrera profesional) como laboral (individuales y colectivas).

Establecimiento de los indicadores de calidad y economía de la prescripción de medicamentos en los contratos-programa, contratos de gestión o programas de gestión convenida, que promuevan la prescripción de fármacos eficaces y limiten el consumo de novedades.

Entre los **indicadores** de la prescripción, que el sistema público conoce a partir de los datos de facturación, cabe señalar los siguientes:

- los indicadores cuantitativos (de gasto y número de recetas por paciente y por facultativo);
- los indicadores de genéricos (porcentaje de envases de genéricos sobre el total de medicamentos);
- los indicadores de prescripción por principio activo (porcentaje de recetas prescritas por principio activo sobre el total de recetas prescritas);
- los indicadores de calidad (porcentaje de uso de medicamentos de utilidad terapéutica baja sobre el total de los medicamentos);
- los indicadores de selección (porcentaje de envases de AINE de primera elección sobre el total de AINE, porcentaje de antihipertensivos de primera elección sobre el total de antihipertensivos, y lo mismo para los antibióticos, las estatinas, los inhibidores de la bomba de protones —IBP— de antidepresivos, antidiabéticos orales, antiasmáticos inhalados, o los antiagregantes);
- los indicadores de prevalencia, que, expresados en dosis diaria por 1000 habitantes/día (DHD), nos dan una idea de la proporción de población tratada diariamente con un principio activo o grupo terapéutico.

BiBliografía

1. Eurostat, 2005, <http://ec.europa.eu/eurostat/>
2. OECD Health Data 2006, <http://www.oecd.org>
3. *La industria farmacéutica en cifras*. Madrid, Farmaindustria, 2004 (datos referidos a 2002). <http://www.farmaindustria.es> (visitado el 1 de noviembre de 2006).
4. <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2006.htm> (visitado el 1 de marzo de 2007).
5. Mintzes B. Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience. *BMJ* 2002; 324: 908-911.
6. Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos. Evolución de los nuevos medicamentos comercializados en España (1980-2004). Punto Farmacológico nº 37.
7. Motola D, De Ponti F, Poluzzi E, *et al.* An update on the first decade of the European centralized procedure: how many innovative drugs? *Br J Clin Pharmacol* 2006; 65(5): 610 - 616.
8. Informe del Grupo «G-10 Medicamentos», Bruselas 1.7.2003. Datos de 2001, obtenidos de IMS Health.
9. Documento Marco del Grupo de Trabajo para la Racionalización y la Financiación del Gasto Sanitario, impulsado por el Gobierno de la Generalitat de Cataluña, dado a conocer el 3 de febrero de 2005.
10. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds, *To error is human: Building a safer health system*. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington DC, National Academy Press, 1999.
11. Bates DW, Spell N, Cullen DJ *et al.* The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. *JAMA* 1997;277(4):307-311.
12. Grupo de Expertos. Consenso sobre Atención Farmacéutica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002. <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/consenso/home.htm> (visitado el 1 de noviembre de 2006).
13. http://www.cgcom.org/informes/pdf/declaracion_omc_atencion_%20farmaceutica.pdf (visitada el 1 de noviembre de 2006).
14. Armijo JA, González Ruiz M. Estudios de Seguridad de Medicamentos: Métodos para detectar las reacciones adversas y valoración de la relación causa-efecto. En: García AG (ed.) *El Ensayo Clínico en España*. Madrid, Farmaindustria, 2001; 161-190.
15. Informe sobre la Situación actual del Gasto Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud presentado por el MSC al CISNS en 2004.
16. *Las personas mayores en España. Informe 2004*. IMSERSO.
17. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (BOE 178 de 27 de julio de 2006).
18. Observatorio FEFE. Enero 2005 (datos de 2004).
19. Artículo 1 del RD 164/1997, según redacción dada por la disposición final primera del RD 2402/2004.
20. Artículo 1 del RD 165/1997, según redacción dada por la disposición final segunda del RD 2402/2004.
21. Abajo FJ, Montero D, Madurga M, Palop R. Análisis y Gestión de Riesgos en Farmacovigilancia. Organización de la Farmacovigilancia en España. En: García AG (ed.) *El Ensayo Clínico en España*. Madrid. Farmaindustria, 2001; 191-216
22. Artículo 99 de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad, (establece la obligatoriedad de la comunicación de los efectos adversos).
23. El Reglamento (EC) 726/2004, de 31 de marzo, establece el procedimiento centralizado obligatorio para los nuevos medicamentos para el tratamiento del SIDA, cáncer, enfermedades neurodegenerativas y diabetes. En mayo de 2008 se ampliará a los medicamentos para enfermedades virales y autoinmunitarias.

La gestión de los recursos humanos en las organizaciones sanitarias

CAPÍTULO 07

Dr. Julio Villalobos Hidalgo
Villalobos Consultores.
Director

Introducción

La gestión de los recursos humanos es una tarea compleja. A su dificultad técnica se une la gran dificultad que entraña implantar cualquier cambio que afecte a las personas, debido al rechazo natural ante el cambio y a los numerosos intereses políticos, sindicales y profesionales, que se entremezclan en cualquier asunto relacionado con los puestos de trabajo, más aún en una sociedad en la que la mayor aspiración de gran parte de los trabajadores es ocupar un puesto vitalicio en la Administración Pública.

En toda empresa de servicios, y las organizaciones sanitarias lo son, los recursos humanos son el máximo valor tanto por su coste económico como por su significado estratégico. Sin embargo, dadas las especiales características del sector sanitario y sus restricciones legales, políticas, sindicales y corporativas, así como la imposibilidad de la competencia de mercado y su protección, las herramientas que podemos describir como «el estado del arte» en recursos humanos (RRHH) quedan, desgraciadamente, lejos de nuestras posibilidades de aplicación.

En el manejo de los recursos humanos existe una parte más técnica, como el desarrollo de procedimientos y métodos de trabajo, el diseño del puesto de trabajo, el sistema de retribuciones o la comunicación interna en la empresa, y otra más inmaterial, más sutil, más cálida, que se refiere a la transmisión de los valores de la empresa, la motivación, la dinámica de grupos, los estilos de liderazgo o la comunicación informal.

Desarrollaremos este capítulo en tres planos que se irán entrecruzando a lo largo de él. **El primer plano** mostrará lo que actualmente hacen las empresas excelentes; **el segundo plano** se referirá a lo que hacen algunas de las organizaciones sanitarias más evolucionadas que han surgido en los últimos años con nuevas formas organizativas que les permiten un mayor margen de maniobras, o aquellas otras que, a pesar de pertenecer al sector público, han logrado desa-

rollar algunas experiencias interesantes; **el tercer plano** se ocupará de lo que hacen la mayoría de las organizaciones sanitarias públicas de nuestro país en el ámbito de la administración de los recursos humanos de sus organizaciones (Figura 7.1).

Peculiaridades de las organizaciones sanitarias públicas

Las organizaciones sanitarias son empresas de servicios y, como tales, su organización, y especialmente la gestión de sus recursos humanos, se debe gestionar de una forma muy diferente a la de las empresas de producción de bienes de consumo.

Además, el sector sanitario tiene unas peculiaridades que lo distinguen de otras empresas del sector servicios, y que también habremos de tener muy en cuenta al gestionar a sus profesionales.

Las diferencias fundamentales entre una empresa de producción de bienes de consumo y una de producción de servicios (Figura 7.2) son las siguientes:

- Las empresas productoras de bienes generan un producto concreto, medible y fácilmente definible, mientras que los servicios que produce un empresa sanitaria son casi siempre inmateriales (salud, bienestar, agradecimiento, tristeza...) y muy difíciles de objetivar.
- Los bienes se pueden transferir, vender y comprar; en cambio, cuesta mucho transferir los servicios y, aunque podemos comprar o vender la realización del servicio, el servicio en sí mismo no se puede transferir. Piénsese, por ejemplo, cómo transferiría una intervención de apendicectomía.
- La calidad de un bien se puede apreciar antes de comprarlo; no así la de un servicio que sólo se puede evaluar una vez realizado éste. Hay bienes que deben destruirse para comprobar su calidad, cosa imposible de hacer para comprobar un servicio.
- Los bienes se pueden almacenar; los servicios, nunca, ya que por su propia naturaleza hay que realizarlos en tiempo real.
- Los clientes no participan generalmente en la producción de un bien, que se suele manufacturar a muchos kilómetros del punto de venta; en cambio, los usuarios siempre participan en el servicio que les ofertamos en un momento u otro, aunque a veces no sean conscientes de ello.

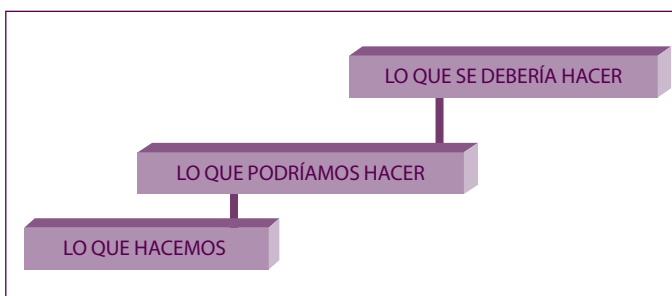


Figura 7.1. Planos de actuación de las organizaciones.

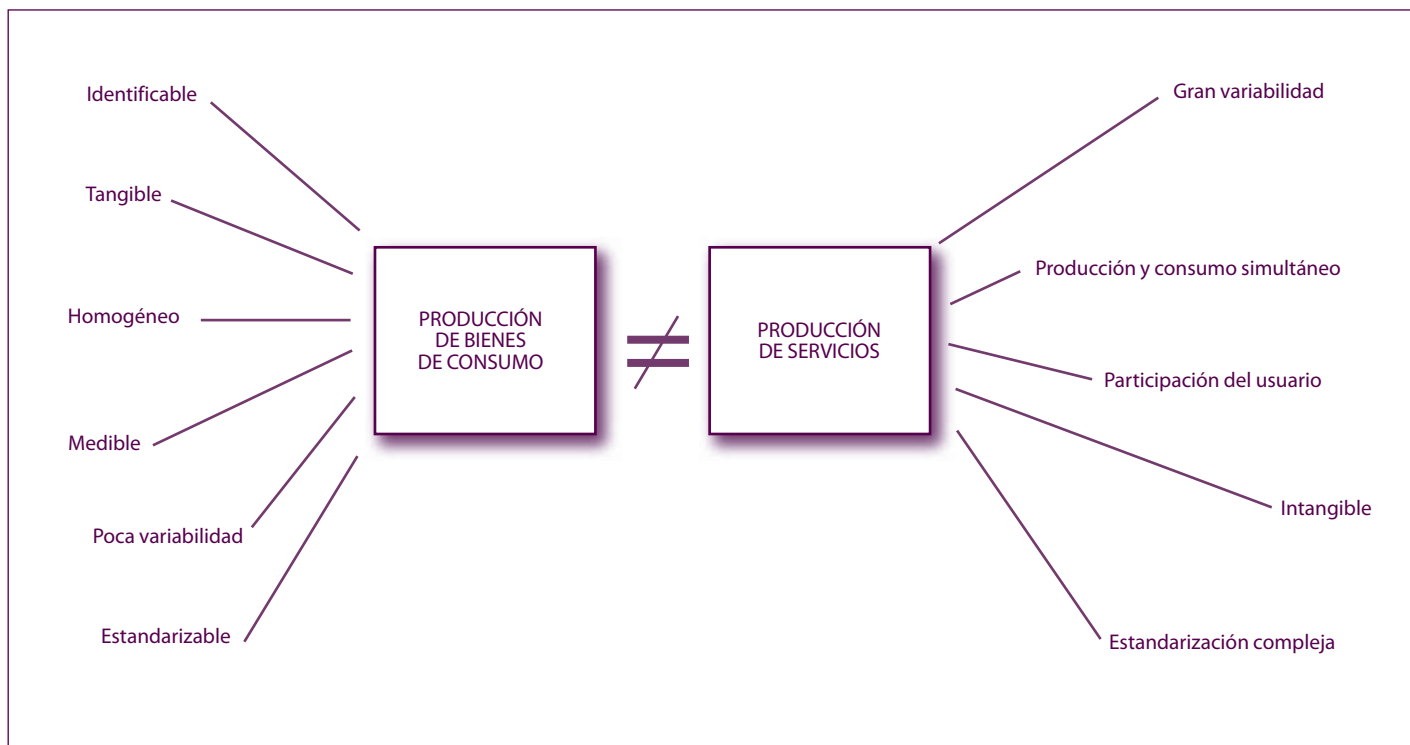


Figura 7.2. Diferencias entre una empresa de producción de bienes de consumo y una de producción de servicios.

- Un bien se puede reparar y reponer, cosa difícilmente realizable con un servicio, que, cuando se hace, generalmente es irreversible.

Para comprender bien las diferencias que existen entre ambos tipos de empresas, sitúese en el lugar del cliente y piense en la diferencia que existe entre comprar un coche o ser sometido a una intervención quirúrgica.

Como empresa de servicios, el sector sanitario tiene sus propias peculiaridades:

- La necesidad de recurrir a ella, tanto en aquellos países en los que la atención sanitaria es el acceso universal y está garantizada por el Estado, como en aquellos otros en que no lo está y el acceso está condicionado por el poder adquisitivo de los ciudadanos. Los servicios sanitarios experimentan una demanda imparable debido a una serie de factores de difícil control: aumento de la riqueza del país, aumento de la esperanza de vida, mayores expectativas vitales, nuevas enfermedades, irrupción de nuevas tecnologías y otros.
- Gran complejidad en la realización de sus servicios y gran incertidumbre en la medición de sus resultados.
- Asimetría de información a favor de los profesionales sanitarios, que se convierten así no sólo en los generadores de la oferta, sino también en generadores indirectos de la demanda.
- El hecho de ser un sector con grandes externalidades, que repercuten en otros sectores de la economía (infecciones, absentismo).
- La aplicación de las nuevas tecnologías, que no son sustitutorias sino complementarias de las tecnologías actuales y no liberan puestos de trabajo, sino que los aumentan y especializan.

- La mayoría de las organizaciones sanitarias están enmarcadas en el ámbito público, lo que dificulta su flexibilidad para adaptarse a los rápidos cambios del sector.

Siguiendo a Mintzberg, las organizaciones sanitarias pueden ser definidas como una burocracia profesional, lo que significa que la parte más importante de ella es el núcleo de operaciones, o lo que es lo mismo, **sus profesionales**. Son ellos, y no los directivos o los supervisores, los que realizan los servicios (productos), y el único mecanismo efectivo para su coordinación es la normalización de sus habilidades. Todo ello configura a las organizaciones sanitarias, especialmente en el sector público, como unas organizaciones muy peculiares, donde encontramos que:

- Existe una gran dificultad para definir la misión de la propia organización, sus objetivos estratégicos e incluso los tácticos.
- Hay múltiples líneas de autoridad, unas formales y otras informales.
- Es muy difícil valorar sus resultados.
- La capacidad real de la toma de decisiones no está en la gerencia.
- La oferta y la demanda las puede generar la misma persona.
- No existe relación entre la evolución económica del hospital y su futuro como empresa, el empleo de sus profesionales.
- Se permite trabajar a los profesionales de las empresas competidoras.

En las organizaciones sanitarias existen, pues, suficientes peculiaridades, para que el manejo de su máximo valor, sus profesionales, deba hacerse de una manera diferente y para que su gestión sea tan compleja como la propia organización. Por ello, no podemos tener la pretensión de utilizar fórmulas simples y lineales de organización y de gestión de los RRHH que quizá en otro tipo de empresas podrían resultar satisfactorias.

El personal sanitario en las organizaciones sanitarias públicas

Analizaremos a continuación la evolución del personal sanitario (médicos y enfermeras) y, con menor detalle, la del personal no sanitario, durante los últimos cincuenta años. Ello nos dará una visión de lo que han sido, son y pueden llegar a ser las organizaciones sanitarias, y en especial los hospitales, que dependen de las actuaciones que el personal sanitario, como máximo protagonista de esta evolución, sea capaz de hacer.

Médicos

- **Década de los años 50.** En la etapa que podríamos denominar de «prejerarquización», los hospitales eran antiguos, básicamente quirúrgicos, y en ellos el cirujano de cupo se limitaba a operar a sus pacientes, dejando el postoperatorio a cargo del médico de guardia, de algunas enfermeras y de las comunidades religiosas que llevaban gran parte del peso de esta atención. No existía una estructura jerárquica, y la mayoría de los facultativos compartía «de una forma natural» la práctica pública y la privada. No existía la atención primaria reglada; la ejercían los médicos de cabecera de los diversos seguros públicos y, mayoritariamente, los médicos de forma privada.
- **Décadas de los 60 y 70.** Estos años corresponden a la etapa de la jerarquización de los hospitales, que posiblemente fue su etapa dorada. A los hospitales accedieron profesionales jóvenes, ilusionados, y bien formados en la incipiente formación reglada del programa MIR; se construyeron muchos hospitales, lo que convirtió a la red de hospitales de la Seguridad Social en la mayor y más moderna del país. Se hicieron cuantiosas inversiones en equipamientos. La dirección de los hospitales fue encomendada a inspectores médicos, que en realidad, junto con el administrador, llevaban a cabo una labor meramente administrativa, mientras que la evolución y el control del hospital quedaban a cargo de los jefes de servicios más carismáticos. De esta época provienen las grandes diferencias que todavía persisten entre servicios de un mismo hospital.

Los facultativos tenían una motivación intrínseca, ya que podían desarrollar proyectos interesantes y, además, compaginaban la práctica pública y privada sin cortapisas.

Simultáneamente, para dotar a los hospitales, se produjo la incorporación de un gran número de profesionales de enfermería, que con la eclosión de las escuelas de formación en esta época habían alcanzado la diplomatura, aunque su papel en el hospital seguía siendo el de ayudante del médico.

Fue la época de la «pasión por la estructura»: todos querían más espacio, más personal, más aparatos, aunque algunas veces éstos permanecían en los sótanos de los hospitales sin desembalar. Fueron unos años de gran desarrollo, pero sin control, con una gran eficacia en la producción pero posiblemente con muy poca eficiencia. De esta falta de control proceden muchos de nuestros males actuales, ya que muchas disposiciones legales, y muchas plantillas y puestos de trabajo inamovibles desde entonces, han dejado secuelas irreversibles.

- **La etapa de los 80.** Con la llegada al poder del Partido Socialista Obrero Español, se intentó una racionalización de la producción y de la organización de los hospitales mediante el denominado «nuevo modelo de gestión», que implicaba la introducción de equipos de dirección profesionalizados, la in-

compatibilidad entre el ejercicio público y el privado, la humanización de los hospitales o el control horario. Todos estos cambios implicaban la posibilidad de grandes reformas, pero al no contar con la participación de los profesionales ocasionaron muchísimos problemas a los hospitales. No se logró resolver la mayoría de los problemas que se pretendía solucionar, y, que todavía hoy, casi tres décadas después, permanecen sin resolver. Muchos facultativos dedicados íntegramente al hospital, ante la pérdida de poder y la incomprensión de sus aspiraciones y proyectos, adoptaron una postura de no colaboración; a ellos se unieron los que habían sido afectados por las incompatibilidades, que formaban los grupos de opinión más importantes en los grandes hospitales.

Una de las novedades del nuevo modelo fue la equiparación de las direcciones médicas, de enfermería y de gestión. La equiparación de médicos y enfermeras engendró en muchos hospitales una guerra corporativa que todavía sigue existiendo en algunos de ellos.

Con el nuevo modelo nació también la atención primaria que no empezó a tener verdadera influencia hasta algunos años después, tras extenderse a zonas considerables del territorio.

- **La década de los 90.** Coincidiendo con la crisis económica, disminuyeron las inversiones tanto en la construcción de nuevos hospitales como en la reposición del equipamiento. Se produjo una pérdida del poder adquisitivo de los sueldos, y se introdujo un mayor control de la presencia y de los resultados, lo que dio lugar a un gran desencanto en el sector. Este desencanto se reflejó en el Informe Abril Martorell (1991) y fue ratificado al final de la década por el informe de la Subcomisión del Congreso (1997), en el que se puso de manifiesto la necesidad de un gran cambio en la organización de la provisión de los servicios sanitarios: protagonismo de los profesionales, mayor libertad en la gestión de los recursos humanos, separación de compra y provisión y más protagonismo de la atención primaria fueron algunas de las medidas reflejadas en aquellos informes.

La posición del médico en ese momento, como ahora, era compleja. En efecto, sus clientes directos son los usuarios, a pesar de que su posición ante ellos como asalariado en un hospital es completamente distinta de su posición en la práctica privada. En ésta, el usuario paga por un servicio que realiza el médico y éste actúa con autonomía profesional y con una ética basada en el individuo y en el lucro personal, mientras que en el hospital ambas situaciones vienen matizadas por la interposición de los políticos, que marcan la planificación, y por los gestores, cada vez con más poder, que marcan la gestión diaria (Figura 7.3).

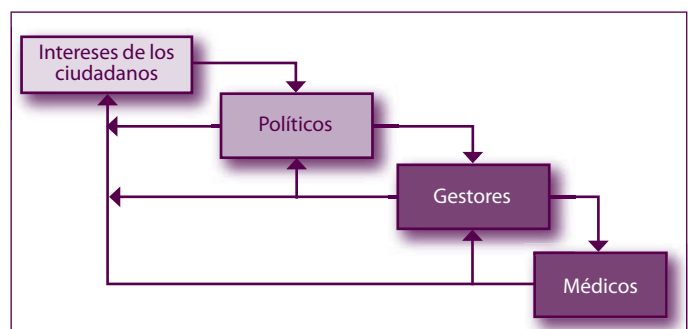


Figura 7.3. Influencias de otros estamentos sobre las decisiones médicas.

- Principios del siglo XXI.** A pesar de que existe un diagnóstico claro y coincidente, no se ha realizado «el gran cambio», sino que, como alternativa realista, se han desarrollado formas mixtas de gestión que han permitido «esquivar» el Derecho administrativo, la Ley de Contratos del Estado y otras disposiciones, con fórmulas como los consorcios, las fundaciones, empresas públicas, etcétera. La postura de los profesionales ante estos cambios no es unánime. Los que tienen un empleo más precario, especialmente los médicos más jóvenes, o los médicos mayores más audaces, han apostado por las nuevas formas de gestión, que, sin que todavía se hayan constatado unos resultados positivos, sí parece que mejoran la gestión convencional. La excepción son tal vez algunos hospitales de la Comunidad Valenciana, y en particular el Hospital de la Ribera, en Alzira, donde se ha optado por la transferencia de riesgo a una unión temporal de empresas (UTE) privadas para dar servicios a un área específica, inicialmente para prestar los servicios de atención especializada y, a partir de 2004, también los de atención primaria.

Hemos visto, pues, cómo el facultativo ha pasado de ser un profesional autónomo puro a ser un asalariado puro. Al médico y al profesional de enfermería se les formaba (y todavía en gran medida se les forma) como profesionales autónomos, aunque la inmensa mayoría de ellos van a trabajar como asalariados para alguna organización sanitaria pública. Ahora bien, el profesional autónomo tiene que definir sus propios objetivos, tanto estratégicos como tácticos, y se mueve en un entorno de incertidumbre en cuanto a sus clientes e ingresos, que dependen de su propia competencia e iniciativa. En cambio, el personal sanitario que trabaja como asalariado debe aceptar, en muchos casos sin compartirlos, los objetivos impuestos por la empresa, que le asegura sus clientes y su puesto de trabajo con independencia de su capacidad, motivación, etcétera.

En el futuro parece que podrán ser compatibles las habilidades que el facultativo tiene como profesional autónomo, con la necesidad de agruparse en organizaciones que le permitan trabajar en

equipo, siempre que esta asociación no invalide las características fundamentales de un profesional del conocimiento, que son su destreza, iniciativa y motivación.

La situación del principal protagonista del sistema sanitario, el médico, como asalariado, no es muy alentadora. Por una parte, como profesional dentro del sistema, y particularmente en los hospitales, tiene pocas posibilidades de promoción profesional: la mayoría de los médicos que ocupan las jefaturas de sección y de servicio tienen una media de edad similar (entre 50 y 55 años), de modo que «el ascenso vegetativo» no se producirá, y el ascenso dentro de la nueva carrera profesional es un asunto pendiente de llevarse a la práctica realmente (excepto contados ejemplos que más tarde comentaremos). Por otra parte, para los médicos recién licenciados la situación no parece ser mejor, dado que la tasa de 3.5 médicos por 1000 habitantes es muy superior a la media de los países de nuestro entorno, que está en 2.1 médicos/1000 habitantes, cifra a la que deberíamos converger. Y si bien el paro no es muy elevado, sí lo es el subempleo, que puede rondar el 20% aunque, al igual que el paro, se distribuye de forma muy heterogénea entre las comunidades autónomas y entre las especialidades médicas.

Las causas que generan estos hechos no son coyunturales, sino estructurales, pues son consecuencia de no haber realizado en su momento una planificación adecuada:

- No ha existido una verdadera política de restricción de alumnos en las facultades de Medicina, ni de creación de nuevas facultades.
- No hay una coordinación entre las necesidades laborales y las de formación de médicos ni de especialistas.
- Existe una mala distribución de médicos y de especialistas.
- La formación de los especialistas no es adecuada para la asistencia sanitaria del siglo XXI.

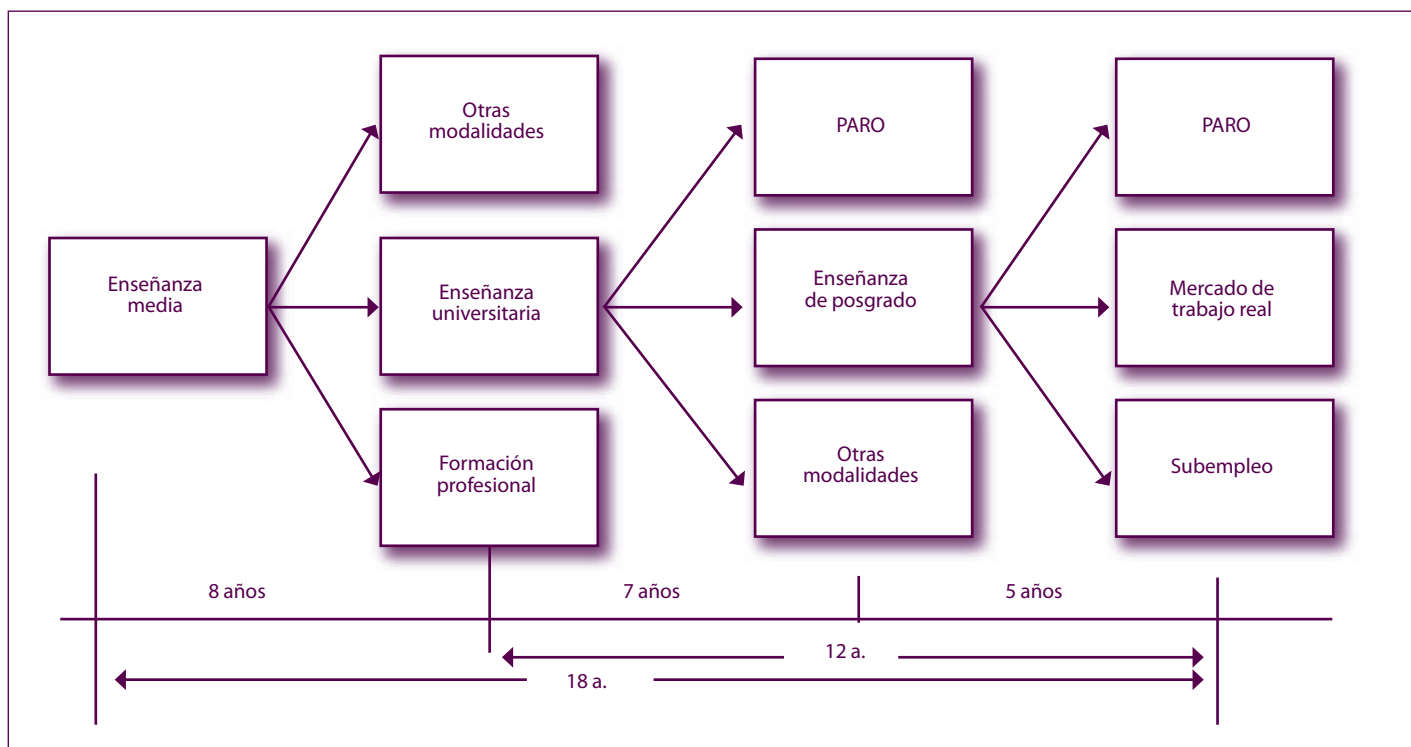


Figura 7.4. Período de formación de especialistas.

- La solución de estos problemas requiere una planificación a largo plazo, ya que el período de formación de un especialista es de 12 años (y de 18 años desde que se toma la decisión de estudiar Medicina) (Figura 7.4).

Personal de enfermería

Aunque al hablar del personal sanitario hemos ido comentando algunos aspectos de la evolución de los profesionales de enfermería, el protagonismo de los médicos ha hecho que quedaran relegados, por lo que nos referimos ahora a algunos aspectos más específicos.

Hasta los años 80, y a pesar de haber alcanzado la diplomatura, los profesionales de enfermería eran considerados ayudantes, y posiblemente subordinados de los médicos, como reflejo de su posición en la práctica privada, que se trasladó al hospital de aquella época. Aunque existía una «jefa de enfermeras», su dependencia orgánica y funcional del director del centro era total. Con el nuevo modelo de gestión se creó la dirección de enfermería, del mismo nivel jerárquico que la dirección médica y la dirección de gestión, en un intento mimético de implantar en el hospital el organigrama de otro tipo de empresas. Esta situación logró mejorar la posición del personal de enfermería, que pudo así reivindicar sus funciones en el sistema sanitario con independencia del médico, pero en muchos hospitales dio lugar a una gran descoordinación entre el personal de enfermería los responsables de las unidades y el responsable del mismo, que seguía siendo el jefe de servicio. Sólo en los hospitales en que el gerente fue capaz de ejercer una autoridad real sobre ambas direcciones (médica y de enfermería) el cambio fue positivo.

Después de dos decenios el papel del personal de enfermería en los hospitales se va definiendo adecuadamente en sus dos vertientes: como colaborador del médico y como profesional con funciones propias en las que tiene un papel fundamental: los cuidados de enfermería. Durante esta fase los profesionales de enfermería han sido el comodín de puestos de trabajo relacionados con la coordinación, la comunicación y otros, que no existían y que, por facilidad de contratación, han ocupado muchos de ellos. Esto ha generado un cierto sesgo de estos profesionales hacia otras funciones que no son la propia de la enfermería, que es primordialmente la de cuidar de los enfermos.

La media de enfermeras por cada 100 000 habitantes en España es de 500, mientras que la media de la UE es de 843, si bien existe una gran dispersión entre los países, igual que ocurre en nuestro país entre las comunidades autónomas. Así, mientras que Navarra tiene 838 enfermeras/100 000 habitantes, muy cerca de la media europea, Murcia tiene sólo 378. Estas cifras indican que los 220 000 profesionales de enfermería que actualmente trabajan en los hospitales y centros de salud públicos de nuestro país no sólo son pocos sino que, además, están mal distribuidos.

Necesitamos más enfermeras ya que, como hemos comentado, la tasa de nuestro país es menor que la de los países de nuestro entorno. Pero en esta planificación se deberían tener en cuenta nuevas titulaciones de Formación Profesional, como los técnicos de diversas especialidades, que compiten para muchos puestos que actualmente ocupan las enfermeras y las auxiliares de clínica o de enfermería.

Desde el punto de vista docente, se ha ido evolucionando desde el Ayudante Técnico Sanitario (ATS), al de Enfermero y al

de Diplomado Universitario en Enfermería (DUE), y desde hace tiempo se viene reivindicando la creación de una licenciatura en Enfermería.

El 22 de abril de 2005 el Consejo de Ministros aprobó el real decreto sobre especialidades de enfermería, impulsado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y que responde a una antigua aspiración de este colectivo profesional. La normativa reconoce siete especialidades y crea un sistema de formación similar al de los médicos residentes (MIR). A las dos especialidades ya existentes (comadronas y salud mental) se añaden otras cinco: geriatría, enfermería del trabajo, cuidados médico-quirúrgicos, enfermería familiar y comunitaria y pediatría. Queda por desarrollar la normativa sobre las funciones atribuidas a cada especialidad, los programas de formación, la acreditación de las unidades docentes, el número de plazas por especialidad y la financiación, que es competencia de las comunidades autónomas. La aplicación de estas disposiciones deberá tener en cuenta la realidad de nuestros hospitales para poder armonizar la situación actual, en que casi todas las enfermeras son generalistas, con la situación que existirá tras la aplicación completa del decreto.

El mercado laboral ha sido hasta fechas recientes muy atractivo para los estudiantes y profesionales de la enfermería, pero no ha habido una planificación adecuada. Así, en los años 80 y principios de los 90 la falta de profesionales hizo que se crearan numerosas escuelas de Enfermería por todo el país, que ahora generan una gran oferta de profesionales que sólo tiene salida en los períodos de vacaciones, cuando los hospitales necesitan cubrir estas vacantes.

Si bien es cierto que el médico es la figura central del sistema sanitario, y que sobre él descansan el diagnóstico y el tratamiento del paciente, son los profesionales de enfermería quienes están las 24 horas del día junto al paciente. Por eso, de su profesionalidad y excelencia en el trabajo depende, por una parte, el cumplimiento estricto de las órdenes médicas y, por otra parte, los cuidados de enfermería y la labor de formación e información que permanentemente hay que llevar a cabo con los usuarios del sistema sanitario.

Personal no sanitario

El personal no sanitario es el gran desconocido de estas organizaciones, tanto para los usuarios como para parte del personal sanitario. En las primeras etapas que hemos señalado antes, estos trabajadores se encargaban de servicios de apoyo, generalmente en los sótanos de los hospitales: movían pacientes y papeles y llevaban las cuentas. Sin embargo, cumplían también muchas funciones paraclínicas de trascendental importancia para el funcionamiento adecuado de las organizaciones, tales como el cuidado de las historias clínicas, el suministro de material inventariable y fungible, la citación de pacientes y la recepción e ingreso de éstos.

Con la evolución y modernización de los hospitales (normas sobre seguridad, nuevas tecnologías, exigencias de eficiencia, etc.) esta división, al principio con pocos efectivos y de muy baja cualificación, se ha transformado en la base sobre la que se asienta el hospital, y ha aumentado tanto en cantidad como en la calidad de sus profesionales. La irrupción de ingenieros de diversas ramas, de abogados, economistas, psicólogos, sociólogos, informáticos, documentalistas, etc., todos ellos con titulación universitaria superior, al igual que los médicos, pero

con un estatus y condiciones salariales inferiores, ha dado lugar a una situación que en el futuro puede crear algún conflicto.

El hecho de que muchas actividades (hostelería, lavado de ropa, limpieza de edificios, vigilancia, transporte de enseres) no sean la función primordial del hospital, y de que existan empresas especializadas en dichas funciones ha abierto en todos los hospitales de nueva construcción, y en algunos antiguos, la posibilidad de externalizar estos servicios, por lo que en el futuro el personal no cualificado de los hospitales disminuirá. No así el cualificado, que se encargará de controlar la actividad de la empresa subcontratada.

Un aspecto que se debe tener presente es que así como los médicos y demás profesionales sanitarios tienen sus sindicatos corporativos, el personal no sanitario no los tiene, y en su mayor parte está afiliado a los llamados sindicatos de clase.

Las nuevas leyes

En 2003 vieron la luz dos importantes **leyes** que estaban pendientes desde la ya lejana Ley General de Sanidad de 1986:

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

Esta ley pretende adaptar nuestro Sistema Nacional de Salud a los profundos cambios culturales, tecnológicos y socioeconómicos que se han producido desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad.

Aunque tiene un alcance mucho mayor, sólo comentaremos algunos aspectos relacionados con los profesionales y sus situaciones administrativas, con las actuaciones clínicas, la mejora de la calidad y eficiencia y la integración del sistema.

La ley 16/2003 dedica a los profesionales el capítulo III, y parte del capítulo IX en lo relativo a la presencia de éstos en algunos órganos de participación.

La ley trata de forma muy general los principios de planificación y formación de los profesionales, para cuyas peculiaridades remite a la futura Ley de la Carrera Profesional.

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud

Podría parecer una paradoja que tras el proceso de transferencia de las competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas, concluido en enero de 2002, haya sido la Administración central la que haya impulsado una ley que afecta principalmente a personas cuya gestión es responsabilidad de aquéllas.

Sin embargo, según la Constitución es exclusivamente el Estado quien tiene competencia sobre las bases del régimen estatutario de los funcionarios y, además, también posee las competencias exclusivas sobre «La Regulación de las condiciones de obtención, expedición y homologación de los títulos académicos y profesionales». Por tanto, las competencias en materia de personal al servicio de las instituciones sanitarias públicas corresponden a la Administración del Estado.

La ley 55/2003, ya prevista en la Ley General de Sanidad, viene a llenar el enorme vacío que suponía la actualización de los tres estatutos preconstitucionales (estatuto del personal facultativo, estatuto del personal sanitario no facultativo y estatuto del personal no sanitario) muy desfasados con relación a la evolución de las instituciones sanitarias.

A continuación resumiremos el contenido de esta ley, dada la trascendencia que sin duda tendrá en el futuro, una vez que se puedan poner en marcha sus disposiciones. Para ello será necesario el consenso entre las consejerías de Salud de las comunidades autónomas, que son las que tienen que aplicarla.

El capítulo I establece el carácter funcional en la relación estatutaria, «sin perjuicio de las peculiaridades especiales...y que deberán ser desarrolladas en cada una de las comunidades autónomas respecto a su propio personal».

El capítulo II desarrolla la clasificación del personal estatutario, basada en las funciones que debe cumplir y en los niveles de titulación exigidos.

El capítulo III describe los mecanismos de planificación y ordenación del personal de cada uno de los servicios de Salud. Hace hincapié en la existencia de un registro de personal que se integrará en un Sistema de Información Sanitaria, tal como prevé la Ley de Cohesión y de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Define la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, que será la encargada de la planificación y diseño de los programas de formación y modernización de los RRHH en el Sistema Nacional de Salud. Se crea también el Foro Marco para el Diálogo Social, que asesorará a la comisión.

El capítulo IV enumera los derechos y deberes del personal estatutario.

El capítulo V determina las condiciones para adquirir o perder la condición de personal estatutario.

El capítulo VI trata sobre los procedimientos para la provisión, selección y promoción interna de las plazas.

El capítulo VII se ocupa de la movilidad del personal por razones del servicio o voluntarios.

El capítulo VIII establece los criterios generales para el desarrollo de la carrera profesional, de acuerdo con los desarrollados por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

El capítulo IX establece los criterios relativos a las retribuciones.

El capítulo X trata sobre la jornada de trabajo, y los descansos, permisos y licencias. En él se intenta compatibilizar las dos normativas de la Comunidad Europea relativas a seguridad y protección de la salud, con las peculiaridades del sector sanitario, que requiere un trabajo permanente en muchas de sus instituciones. El capítulo regula la jornada ordinaria, la complementaria y las especiales.

El capítulo XI expone las diversas situaciones en que puede encontrarse el personal estatutario.

El capítulo XII trata del régimen disciplinario, los tipos de faltas y los procedimientos disciplinarios de aplicación en cada caso.

El capítulo XIII se ocupa de las incompatibilidades del personal estatutario al servicio de las instituciones sanitarias públicas.

El capítulo XIV determina los sistemas de representación, participación y negociación.

Termina la ley con un amplio conjunto de disposiciones adicionales para acomodar la nueva legislación a la situación actual, dado que existen muchas circunstancias y derechos adquiridos que deberán irse adaptando paulatinamente a esta ley.

La ley 55/2003, además de cumplir un precepto de la Ley General de Sanidad, ha tenido la virtud de refundir los tres viejos estatutos, si bien se trata de una ley de continuidad, en la que se han introducido pocos cambios radicales. Su marco es muy general, y son las comunidades autónomas las que deberán desarrollarla; para ello, además de un amplio consenso, hará falta un considerable aumento de la financiación a fin de que puedan llevarse a cabo las medidas que se contemplan.

La realidad de la gestión de los recursos humanos en el sistema sanitario público

Hay algunas peculiaridades de nuestro sistema sanitario que condicionan la gestión de los recursos humanos:

- Existe un empleador único, la Administración pública a través de las comunidades autónomas, aunque las condiciones de contratación están controladas por el Ministerio de Sanidad.
- Hay 17 sistemas autonómicos de salud, que podrán introducir algunas diferencias.
- La mayoría del personal es estatutario, con empleos vitalicios; hay relativamente pocos funcionarios y un número cada vez mayor de trabajadores con contrato laboral.
- Todo el personal es asalariado.

En cuanto a la política de recursos humanos, en el sentido de planificación estratégica, podríamos decir que no ha existido. Es muy complejo introducir una verdadera política de recursos humanos dentro de un marco funcional, donde la variable más importante es la antigüedad en el empleo (escalafón) y que soslaya cualquier fórmula de competencia profesional. Posiblemente ello se deba también a que la propia sanidad nunca ha sido una prioridad de ningún Gobierno de este país y a las dificultades de introducir modificaciones en un colectivo como el sanitario, y especialmente en el de los médicos, que tiene una gran influencia política y social. Por ello, en la Ley General de Sanidad (abril 1986) la política de personal fue una de las cuestiones que se dejaron pendientes por la imposibilidad de consensuarla entre los diversos partidos políticos, y ha habido que esperar hasta 2003 para que vieran la luz los proyectos ya señalados (la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de Salud), que pueden reorientar la política de personal en las organizaciones sanitarias.

Para paliar la existencia de una verdadera planificación y adoptar las grandes decisiones se ha recurrido a:

- Normas parciales que intentaban solventar los problemas que iban surgiendo en los diversos colectivos. Se trataba de soluciones sin una visión global ni un estudio profundo, lo que hacía que fueran más acordes con los deseos corporativos que con las necesidades del sistema sanitario.
- Un marco normativo rígido. Las herramientas de selección del personal, la provisión de los puestos de trabajo, los organigramas, la necesaria flexibilidad del sistema retributivo, la incentivación de los mejores, no han existido en nuestra organización.

- Creación de estructuras jerárquicas calcadas de la Administración central, más preparadas para el cumplimiento de las normas que para la producción eficiente de servicios.
- Una política centrípeta de asignación de recursos humanos y materiales.
- Cuadros directivos poco profesionales, incapaces de generar confianza ni en los profesionales ni en los responsables ministeriales para que la sanidad y sus problemas fueran asuntos prioritarios.
- Fragmentación de la estructura y organización de los profesionales sanitarios por la división corporativa: división médica, división de enfermería y división administrativa, que agrupa a la mayoría del personal no sanitario.
- Orientación de la gestión de los recursos humanos básicamente hacia aspectos administrativos, para el control y el cumplimiento de las normas (aunque a la hora de la verdad es sumamente permisivo con su transgresión, ya que es muy difícil aplicar el régimen disciplinario).
- Poco estímulo para el estudio de nuestra organización y de sus peculiaridades, especialmente de la cultura de nuestros profesionales y de la realidad de nuestras organizaciones hospitalarias.
- Relaciones laborales basadas en la desconfianza, con enfrentamientos permanentes e innecesarios en los tribunales de justicia por cuestiones que podrían haberse resuelto de existir un clima de diálogo más fluido.
- Dejación en los sindicatos de parcelas que son claramente responsabilidad de la gestión empresarial de los recursos humanos: información a los trabajadores, reclamaciones salariales, disputas por turnos, etc.
- Enfrentamiento permanente con los sindicatos que, con poca representación de los trabajadores, han actuado más por motivos políticos, locales y hasta personales, que por causas laborales.
- A pesar de que la política de recursos humanos ha estado centralizada, primero en el Insalud y luego en las comunidades autónomas, no se ha realizado una verdadera integración de dicha política reforzando unas medidas con otras. Así, cada una ha ido por sus propios derroteros y poco han tenido que ver las normas de selección con los programas de formación, las estructuras organizativas con los proyectos de incentivación de los profesionales, y así sucesivamente. En muchos casos, como veremos más adelante, se han invertido cuantiosos recursos económicos en proyectos que no sólo no han contribuido a mejorar la situación de los profesionales en el sector, sino que han creado agravios comparativos, con el consiguiente retroceso de algunas políticas que con gran esfuerzo se estaban llevando a cabo.
- No se ha contemplado la inmensa diferencia que existe entre las estructuras de las diferentes organizaciones y regiones del país. No tiene nada que ver el régimen de guardias de un hospital terciario de Madrid o Barcelona con el de un hospital comarcal de una isla periférica del archipiélago canario; sin embargo, la norma es prácticamente la misma.
- No se ha aplicado un verdadero sistema de promoción profesional, especialmente en el estamento médico, en el que el sistema actual está bloqueado por la similitud de edad de los que ocupan las jefaturas y los que aspiran a ellas.

- El sistema de retribución funcional es lineal, basado exclusivamente en el puesto de trabajo y sin posibilidades de incentivar a los mejores, es decir, a quienes aportan más a los objetivos de la organización. Existen numerosas desviaciones para tratar de paliar otras necesidades de la organización que terminan generando agravios comparativos.
- La organización del trabajo es rígida y burocrática, como la Administración central, y poco adaptada a la producción de servicios sanitarios. Apenas se han introducido métodos científicos para el cálculo y actualización de las plantillas, el análisis de los puestos de trabajo y el establecimiento de objetivos y estrategias de formación.
- Hay poca participación, si no indiferencia, del personal de nuestras organizaciones, especialmente de los profesionales más valiosos, que no ven reconocidos sus esfuerzos en una organización igualitarista que premia la mediocridad.
- No hemos sido capaces de legitimar nuestra organización y sus objetivos ante los usuarios para que la defiendan y apoyen los necesarios cambios. No existe una misión definida, explícita y asumida por todos los trabajadores del sistema.

Un cambio global en la gestión de los recursos humanos, debería empezar con una voluntad inequívoca de transformación reflejada en las estrategias y con una asignación de recursos y personas que permitiera su realización técnica.

- Definir con precisión la MISIÓN de nuestro sistema sanitario, que debe traducirse en objetivos estratégicos claros.
- Dar a conocer e interiorizar dichos objetivos, de forma que puedan ser asumidos por los profesionales.
- La salud debe ser un objetivo prioritario del Gobierno central, al igual que ocurrió con las pensiones en los pactos de Toledo, que tendrá que superar la oposición que sin duda va a surgir por parte de algunos partidos políticos, grupos corporativos, funcionarios y sindicatos.
- Dotar de la suficiente autonomía a las gerencias de atención primaria y asistencia especializada para que puedan llevar a cabo los proyectos de reforma.
- Reclutar a los directivos capaces de llevar a cabo estos proyectos.
- Atraer a los grupos más progresistas de profesionales y sindicatos para que apoyen la idea.
- Comunicar continuamente los proyectos y sus progresos, haciendo participar en ellos a los profesionales de una forma activa.
- Tener en cuenta las peculiaridades de cada comunidad autónoma, área y centro, utilizando estas diferencias como factor de motivación y no de disputa.

De todos los intentos de cambios organizacionales para mejorar la eficiencia de las instituciones sanitarias, fundaciones, consorcios, etcétera, el proyecto más coherente llevado a cabo por las administraciones públicas es la concesión de servicios, como la realizada por la comunidad Valenciana en el área de Alzira, en el Hospital de La Ribera. Este proyecto transfiere el riesgo de la provisión de un área, inicialmente la provisión de la atención especializada y actualmente también la atención primaria del área de su competencia. Aunque vamos a incidir en los aspectos relacionados con los recursos humanos, debemos destacar que se trata de una concesión administrativa a una UTE de empresas privadas por un tiempo determinado, y el pago al hospital se realiza por capitación sobre la población de refe-

rencia, a la que tiene que atender en el hospital o fuera de él cuando la asistencia en el hospital no sea posible.

El hospital de la Ribera, como todo proyecto novedoso, tuvo desde su creación grandes detractores políticos, mediáticos y sindicales. Sin embargo, la población, inicialmente confusa ante el cruce de informaciones, ha ido comprendiendo paulatinamente que lo importante es una atención satisfactoria, independientemente de quién la preste; de hecho, en las últimas encuestas el 80% de los pacientes atendidos en el hospital no sabía si la gestión de éste era pública o privada.

El personal del hospital es mixto: de los 1089 profesionales que inicialmente formaban la plantilla, una parte era personal estatutario (18%) y la mayoría, laboral (82%). Casi todo el personal laboral provenía de otros hospitales de la comunidad autónoma, con una excedencia especial y un contrato laboral indefinido; su motivación para el cambio residía en el reto profesional de una nueva organización, en el malestar que experimentaban en su antiguo hospital y en el aumento de las retribuciones. Las retribuciones de los médicos consistían en un salario igual al de los médicos de otros hospitales, más unos incentivos en función del cumplimiento de unos objetivos previamente pactados. El resto de los profesionales tenía un sueldo un 3% superior al de sus homólogos de la comunidad autónoma. Tras más de 8 años de trabajar juntos, y a pesar de que sigue habiendo diferencias de comportamiento entre ambos grupos, la convivencia no ha supuesto grandes problemas y se han podido integrar formando un buen equipo de trabajo.

La gestión de los recursos humanos

La actual concepción de los recursos humanos en una empresa orientada al siglo XXI, concebida como un elemento más en la Teoría General de los Sistemas, ha sido fruto de la evolución de las organizaciones empresariales desde la revolución industrial hasta nuestros días. Dicha evolución no ha terminado aún; gracias a la actual revolución de la informática y a la futura revolución del conocimiento, llegaremos a concebir nuevas formas organizativas mejor adaptadas a las exigencias de ese futuro.

Frederich W. Taylor, con su teoría de la concepción científica del trabajo, marcó la primera fase de esta evolución, que llegó aproximadamente hasta los años 30. Taylor adaptó sus razonamientos al funcionamiento de las empresas de aquel período, en las que el trabajo era muy planificado, los productos estables y la mano de obra poco cualificada y fácil de sustituir. En aquella época el trabajador se consideraba un factor más de la producción, al igual que el capital o las materias primas, y no se prestaba atención al aspecto humano, la motivación o la implicación del trabajador en la empresa. La función del «responsable del personal» en aquella época tenía una dimensión fundamentalmente administrativa: control de horarios, permisos, régimen disciplinario, etc. La evolución de las empresas, el tedio del trabajador y las presiones sindicales produjeron la crisis del taylorismo como única explicación de la organización empresarial. Pero aunque el taylorismo como explicación global de la organización empresarial ha caído en desuso, existen todavía algunos tipos de empresas, y especialmente algunas unidades, cuya organización puede explicarse con más claridad partiendo de esta teoría, sobre todo la de aquellas unidades que requieren un alto grado de especialización y una baja cualificación de los profesionales.

Desde mediados del siglo XX se empieza a prestar más la atención al aspecto humano de las organizaciones y a lo que supone la

motivación y la integración de los trabajadores en ellas como instrumento para mejorar la productividad. Economistas como Herberg, Maslow, Lewiz y Macgregor defendieron estos postulados. Maslow y Herzberg profundizaron en la motivación de los profesionales en las organizaciones. Estas teorías, que datan de los años 60, todavía son aplicables hoy a nuestras organizaciones. Macgregor postuló la teoría X,Y, dividiendo a los trabajadores en dos tipos: el tipo X eran los trabajadores vagos por naturaleza, poco ambiciosos y que no se implicaban en la empresa. Este tipo de trabajadores sólo trabajan por recompensas o necesidad, y de ellos cabe esperar cualquier reacción negativa ante los cambios. Los trabajadores tipo Y son aquellos trabajadores responsables, que disfrutan con su trabajo, fieles e integrados en la empresa. Este tipo de trabajadores se mueven por incentivos, y admiten los cambios con relativa facilidad.

A partir de la década de los 70, y dada la complejidad del entorno empresarial, se acude a la Teoría General de los Sistemas para explicar la organización. Se concibe la empresa como un sistema abierto, complejo, dinámico y orientado hacia la consecución de sus objetivos. La sinergia de los equipos de trabajo, la colaboración entre diferentes tipos de profesionales, el cliente externo como parte de la empresa, la concepción del trabajador como un cliente interno, las nuevas tecnologías y la necesaria concepción integral de todos estos elementos hacen de la Teoría General de los Sistemas una herramienta útil para explicar la moderna organización empresarial. Los paladines en esta época fueron McClelland, P. Senge y Peter F. Drucker. Este último, con sus aportaciones, logró acomodar la visión política, económica y social de la empresa al complejo entorno occidental de nuestros días.

De esta forma, la antigua gestión de personal, la gestión de los recursos humanos de carácter administrativista, incorpora una serie

de elementos como «la identidad corporativa» (cultura empresarial), la integración de equipos multidisciplinares, la autonomía en la toma de decisiones o la formación del personal, que la hacen más rica e influyente en una serie de aspectos de lo que hace unas décadas habría soñado.

Cada empresa es un universo diferente, y nuestros hospitales no son una excepción. Por ello, aunque se pueden ofrecer y estudiar algunos principios válidos para comprender la estructura, gestión y desarrollo de la empresa y sus recursos humanos, al final hay que individualizar la gestión. Al departamento de recursos humanos le corresponde velar por el máximo valor estratégico de nuestras empresas, que son sus profesionales. En consecuencia, debemos aprender a **seleccionarlos, formarlos, desarrollarlos, adecuarlos, evaluarlos, incentivarlos y promocionarlos**. De la calidad de nuestro trabajo dependerá el éxito o el fracaso de la empresa.

La motivación de los trabajadores

En toda organización los trabajadores deben ser contemplados en su doble faceta de individuos y de componentes o miembros de diferentes grupos. Su comportamiento varía en función del papel que desempeñen en un momento dado, pero el factor fundamental es su motivación. El resultado final de la motivación es muy complejo, porque en ella se mezclan factores psicológicos, sociales, familiares y otros. Henry Maslow, con su modelo de «**jerarquía de necesidades**», defiende que las necesidades del individuo se pueden clasificar por prioridades, que él representó como una pirámide que se expone en la Figura 7.5.

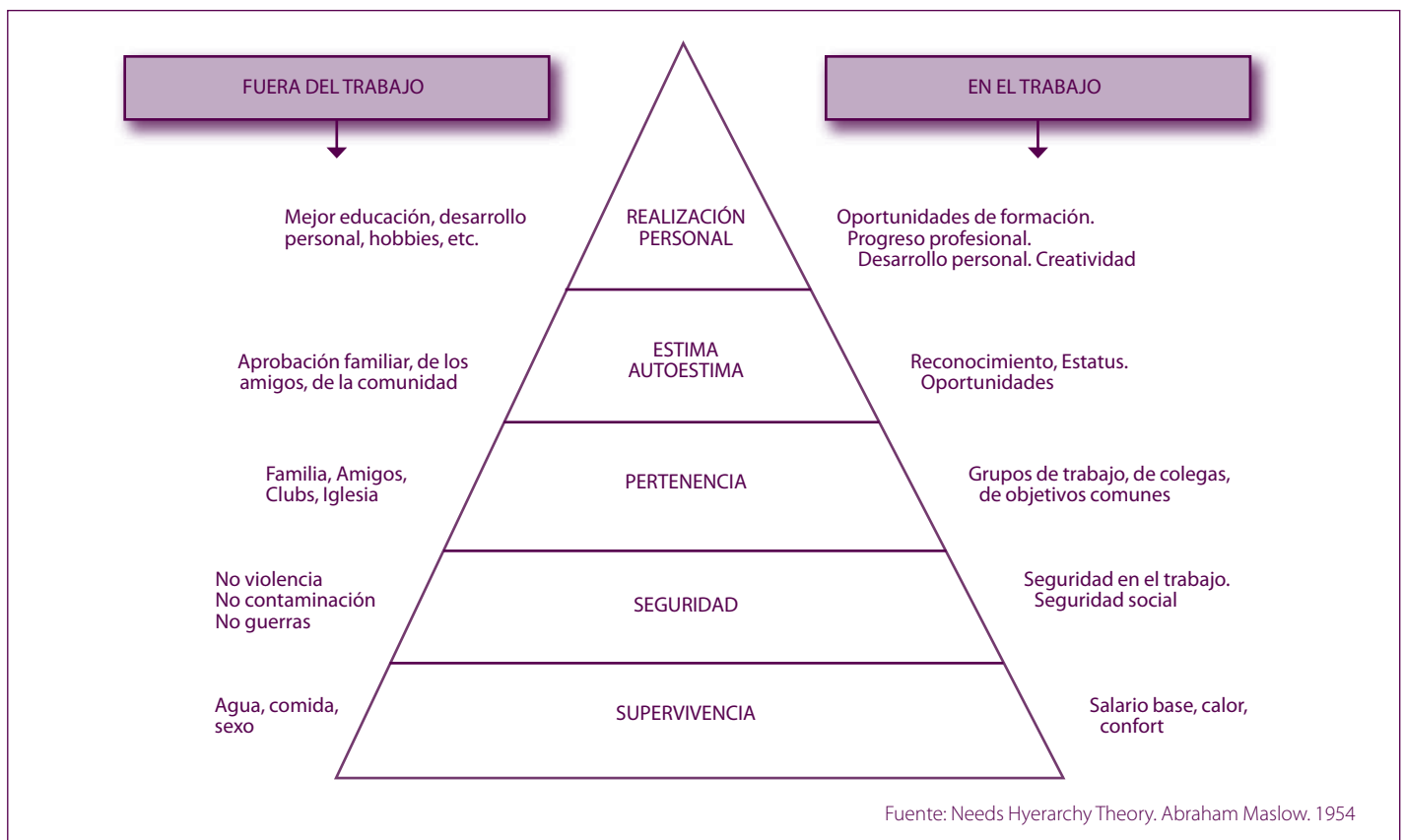


Figura 7.5. Modelo de jerarquía de necesidades.

En ella podemos ver que las necesidades se ordenan por jerarquías; éstas arrancan desde el primer escalón, el de las más elementales, que son las que permiten la **supervivencia**, y culminan en aquellas que son sólo necesarias cuando se aspira a la realización personal.

El segundo escalón es el de la **seguridad**: la seguridad en el trabajo, la seguridad de la atención sanitaria. El tercer nivel es el de **pertenencia** a grupos (de trabajo, de profesionales). El cuarto nivel es el de **estima y autoestima**, por el cual necesitamos que los demás reconozcan nuestras cualidades y logros. La satisfacción de estas necesidades en la empresa tiene su paralelismo fuera de ellas, en nuestro ambiente familiar y social. Así, necesitamos agua, comida y sexo en el nivel de supervivencia; vivir en un ambiente sin violencia, sin riesgos excesivos en el segundo nivel; pertenecer a una familia, a un grupo de amigos, a un club deportivo para satisfacer el tercer nivel; y por último, la aprobación de nuestra familia y amigos para lograr la autoestima y poder formarnos, tener y desarrollar aficiones para poder realizarnos.

Cada persona aspira a elevarse al nivel más alto posible, pero para alcanzar un nivel debe haberse rebasado antes el inmediatamente inferior. Aplicadas las enseñanzas de Maslow a la empresa, podremos concluir que:

- Una organización está bien gestionada, desde el punto de vista de los recursos humanos, en la medida en que los trabajadores que la componen se sienten en una empresa que puede satisfacer sus necesidades. El nivel de necesidades por alcanzar es individual.
- El sistema de retribuciones de la empresa debe orientarse a satisfacer las necesidades individuales de manera jerárquica y ascendente, para que los objetivos de la empresa se consigan.

Como hemos dicho y repetiremos muchas veces en este capítulo, en una empresa de servicios como la nuestra el máximo valor son las personas; por tanto, todos los esfuerzos que hagamos para integrarlas en la empresa estarán bien empleados (Figura 7.6).

El máximo grado de integración de un profesional en su empresa es la sensación de **PERTENENCIA** a ella y el mínimo, **LA INDIFERENCIA**. Entre ambos hay una serie de escalones como son LA ACEPTACIÓN, EL INTERÉS Y LA PREFERENCIA.

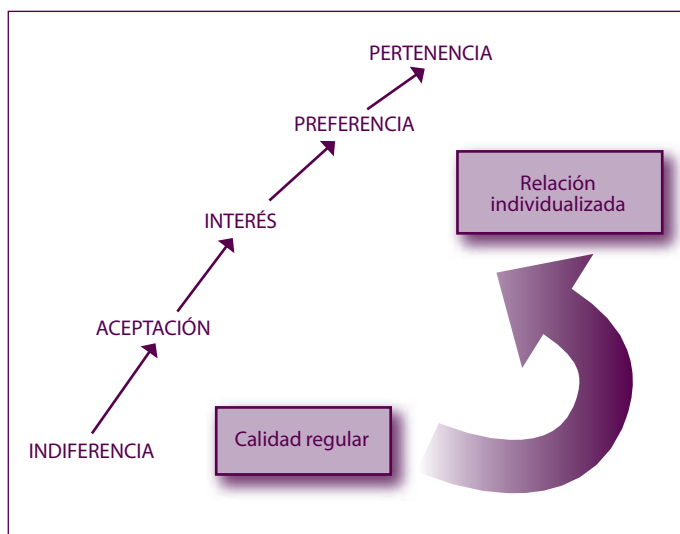


Figura 7.6. Grupos de integración de un profesional en la empresa.

Existen una serie de características que definen la **calidad de vida profesional** en una empresa y que, siguiendo a S. García Sánchez, podríamos resumir en:

- Expectativa de recompensa y desarrollo personal y profesional a partir del reconocimiento del esfuerzo individual.
- Convicción de participar en un proyecto ilusionante con valores compartidos.
- Percepción de autonomía para decidir la forma de trabajar.
- Condiciones higiénicas adecuadas de ergonomía física, espacio propio e intimidad personal.
- Posibilidad de ser creativo.
- Percepción de ser tratado como una persona relevante para la empresa.
- Creencia de que el trabajo propio tiene sentido e importancia para otras personas.
- Pertenencia a uno o varios grupos aglutinados en torno a algún proyecto.
- Creencia de que las relaciones profesionales propias son de calidad, de que se tiene el apoyo de los jefes y el respeto de los subordinados.
- Creencia de que se dispone de los recursos tecnológicos y los materiales adecuados para realizar el trabajo.
- Capacidad y posibilidad de delegar eficazmente.
- Creencia de que se disfruta de un equilibrio idóneo entre el trabajo, la familia, la salud y él mismo.

La planificación de los recursos humanos. Cálculo de plantillas

La planificación de los recursos humanos compete a la alta dirección de la organización, que debe establecer sus estrategias; pero la dirección de Recursos Humanos es la encargada de llevarlas a cabo, en estrecha colaboración con los responsables del núcleo operativo de las unidades implicadas.

En esta fase se trata de buscar a las personas adecuadas, situarlas en el lugar adecuado y hacer todo ello en el momento adecuado. **La aptitud** de las personas debe definirse por sus cualidades con relación al puesto de trabajo que pretendamos cubrir, así como **la actitud** ante ese puesto de trabajo. En el ámbito sanitario podemos encontrar personas técnicamente aptas que, sin embargo, no soportan el medio sanitario por las peculiaridades que entraña: jornadas continuas, trato con los pacientes, medio hospitalario hostil, etc. Por lo tanto, desde el punto de vista de la empresa es preciso determinar:

- Qué personas necesitamos.
- Qué tiene que hacer.
- Cuál será su coste.

Sólo en el caso de que una actividad se inicie habrá que calcular la plantilla completa; lo más frecuente será que haya que adecuarla, generalmente aumentarla por la ampliación o creación de nuevas unidades productivas. Es necesario tener muy en cuenta la plantilla actual para que cada evaluación de ésta sirva como un mecanismo de planificación y actualización permanente. Para ello se puede seguir un esquema como el que se muestra a continuación (Figura 7.7).

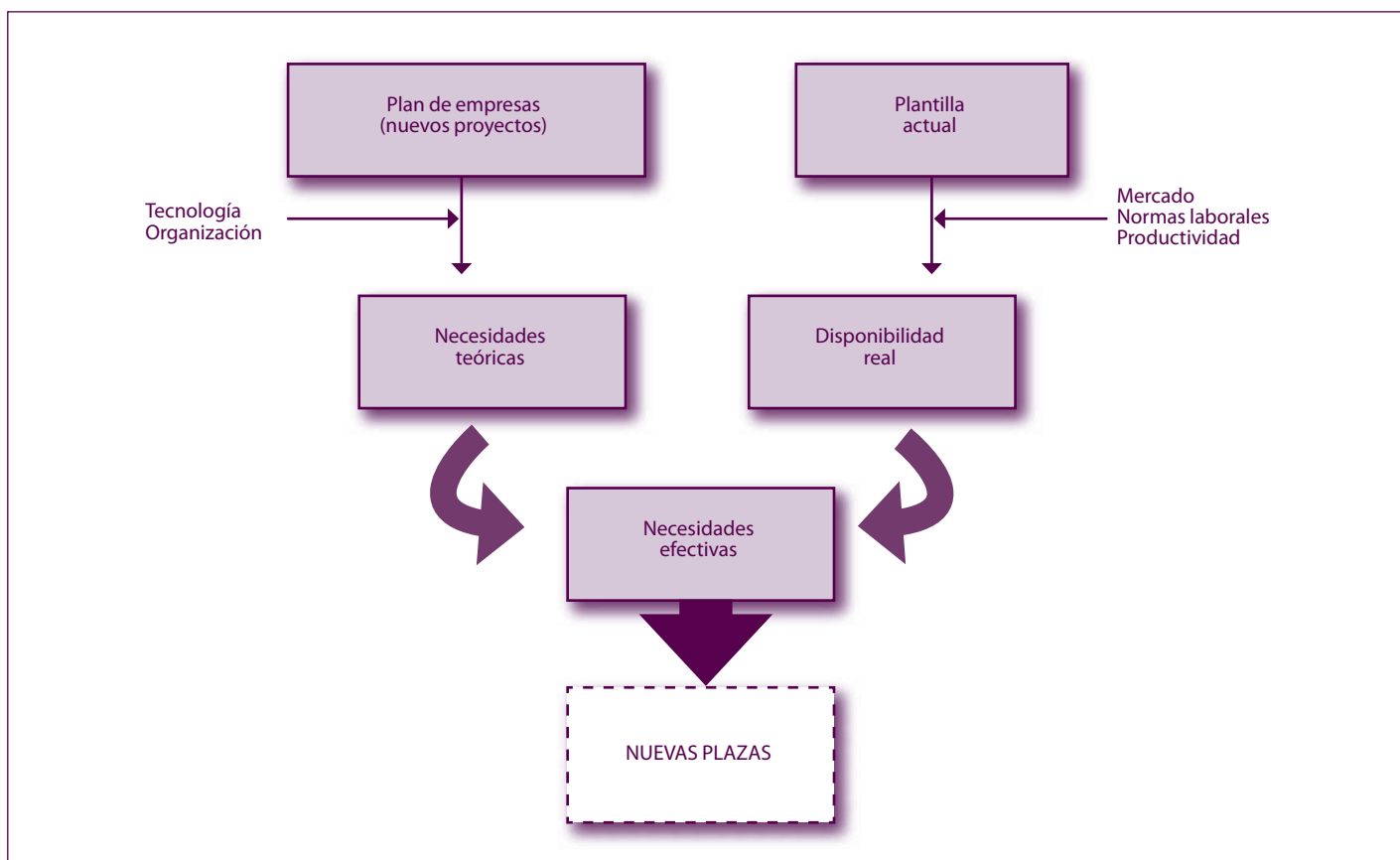


Figura 7.7. Esquema de evolución de una plantilla.

En nuestro sector donde los planes de empresa deberían venir precedidos de objetivos estratégicos, y las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas tendrían que definir planes de salud que sirvieran como marco estratégico para cualquier cambio en las áreas de salud o en los hospitales. Los planes de empresa suelen cuidar mucho los proyectos arquitectónicos, menos la organización, y muy poco los recursos humanos. Sin embargo, son las personas las que deben llevar a cabo el proyecto, y la partida de personal es la que sin duda representa el mayor coste en el funcionamiento real de la empresa. Pero se tiene la convicción de que el personal «ya me lo irán dando», sobre unos perfiles definidos hace muchísimos años y que se adaptan sólo ligeramente a nuestras necesidades actuales.

Cálculo de las plantillas

No pretendemos aquí hacer un estudio exhaustivo de las necesidades de plantillas, ya que que este capítulo trata de ofrecer una visión más general de los recursos humanos; además, cada hospital u organización es diferente y habrá que adaptar la plantilla a las circunstancias organizativas de cada uno.

Una variable básica para organizar una plantilla es el número de días al año que trabajan los profesionales, que dependiendo de los estatutos o convenios colectivos oscila entre los 215 y los 219. La segunda variable son las horas por día en turno diurno, que está en torno a las 7 horas/día (35 horas semanales), aunque en algunos estamentos se computan las horas por meses o trimestres.

Con estas dos variables configuramos las horas al año de trabajo, que es el parámetro básico de todos los cálculos. Esta cifra se mueve entre las 1526 horas de algunos hospitales públicos y las 1749 horas de los convenios de las clínicas privadas.

A efectos del ejemplo que vamos a manejar tomaremos la cifra de 1635 horas/año como referencia. Estas horas se refieren al turno diurno; en el turno nocturno, fines de semanas, festivos, etc., el número de horas disminuye, o bien se establece una contraprestación económica.

Otros parámetros de cálculo son los índices habitualmente utilizados:

- Índice de ocupación. Aunque varía según los tipos de pacientes y especialidades, en un hospital terciario se puede considerar adecuado que sea el 85%, lo que permite tener el hospital suficientemente ocupado y disponer de una reserva para un posible aumento de la demanda por vía de las urgencias.
- La estancia media varía según la tipología de los hospitales y *case-mix* de que se trate. Las estancias tienden a disminuir pero para un hospital terciario puede ser razonable calcular una estancia media de 9 días.

La dedicación de los médicos a sus diferentes funciones (asistencia, gestión, docencia e investigación) puede ser repartida como se indica en la Tabla 7.1 aunque siempre puede haber variaciones dependiendo de la capacidad docente e investigadora de cada hospital y de que su organización esté más o menos orientada a la gestión.

Tabla 7.1. Distribución del tiempo de dedicación del médico a sus funciones

	Asistencia	Gestión	Docencia e investigación
Jefe de Servicio	50% (818)	30% (490)	20% (327)
Jefe de Sección	60% (981)	15% (245)	25% (409)
Adjunto	80% (1308)	5% (82)	15% (245)

Tiempo dedicado a cada:

- Consulta hospitalaria: 15 minutos (m).
- Interconsulta: 30 m.
- Consulta externa (1ª): 30 m.
- Consulta externa (suc.): 15 m.
- Tiempo medio de una intervención quirúrgica: 1.5 horas (2 cirujanos o traumatólogos).

A propósito de un caso.....

Consideremos un hospital de 300 camas, de las cuales el 60% (180) son no médicas (quirúrgicas en diversas especialidades y traumatológicas), el 40% son médicas (120) y el 7% especiales (21 unidades de vigilancia especial).

El número de estancias posibles será:

- Camas x 365 x Ind. ocupac. = $300 \times 365 \times 0.85 = 93.075$
- El número de ingresos = Estancias/Estancia media = $93.075/9 = 10\ 342$ ingresos.

Servicios no médicos: 6205.

Servicios médicos: 4137.

Unid. especiales* : 1584

Las consultas externas a realizar serían:

- Primeras consultas = $1 \times n^\circ$ de ingresos = $1 \times 10\ 342 = 10\ 342$.
- Consultas sucesivas = $2.5 \times n^\circ$ de primeras consultas = $2.5 \times 10\ 342 = 25\ 855$.
- Interconsultas = 15% de los ingresos = $0.15 \times 10\ 342 = 1551$.

Para el cálculo de locales de consultas externas:

- Tiempo necesario para primeras consultas:
 - Tiempo 1ª consulta x nº de primeras consultas = $30 \text{ m} \times 10\ 342 = 310\ 260 \text{ m} = 5171 \text{ h}$.
- Tiempo necesario para consultas sucesivas:
 - Tiempo cons. suc. x nº cons. suces. = $15 \times 25\ 855 = 387\ 825 \text{ m} = 6464 \text{ h}$.
- Tiempo total = 11 635 horas.
- Nº de locales necesarios = Horas necesarias al año/horas disponibles al año = $11\ 635/1\ 635 = 7.11 = 7$ locales de consultas externas.

Para el cálculo de los quirófanos:

Nº de quirófanos necesarios = $(n^\circ \text{ Ingresos} \times \text{Durac. interv.} / \text{tiempo} \times (\text{índice}) / \text{Horas disponibles} = 6205 \times 1.5 \times 1.1^{**} / 1635 = 6.26 = 7$ quirófanos.

Cálculo del personal médico de los servicios quirúrgicos. Cirujanos y traumatólogos

Las actividades por cubrir, ya calculadas, son:

- Hospitalización: 180 camas, 6205 ingresos, 55 845 estancias, 6205 primeras consultas, 15 513 consultas sucesivas, 931 interconsultas y 6826 intervenciones quirúrgicas.

El tiempo necesario para realizarlas será:

- Visitas de planta: $55\ 845 \times 15 \text{ m} = / = 13\ 961$ horas.
- Primeras visitas: $6205 \times 30 \text{ m} = / = 3103$ horas.
- Visitas sucesivas: $15\ 513 \times 15 \text{ m} = / = 3878$ horas.
- Interconsultas: $931 \times 30 \text{ m} = / = 466$ horas.
- Quirúrgico: $6826 \times 1.5 \text{ h} \times 2 = 20\ 478$ horas.
- Tiempo asistencial total = 41 887 horas.

En la distribución de tareas que hemos realizado, corresponde a las tareas asistenciales el 64% del tiempo medio ponderado (quizá un poco escaso para hospitales no universitarios y con un alto componente en docencia e investigación), lo que equivale a 1047 horas anuales. Por tanto, necesitaríamos:

- Tiempo necesario/ Tiempo disponible = $41\ 883/1047 = 40$ médicos, entre cirujanos y traumatólogos.

El resto del tiempo (36% = 552 horas/año) se dedicaría a la gestión, docencia e investigación.

En estos cálculos no se ha tenido en cuenta el trabajo de los residentes, el efecto de las guardias (tanto de su realización como del tiempo libre posterior), ni la atención de urgencia.

Cálculo de la plantilla de enfermería

Expondremos dos procedimientos para este cálculo, el primero basado en las necesidades de atención de cada paciente y el segundo, en la asignación del personal de enfermería por número de pacientes atendidos.

Procedimiento número 1.

N: Número de camas de una unidad.

O: Porcentaje de ocupación de la unidad (tanto por uno).

H1: Horas/día necesarias para la atención de una cama (paciente).

DUE: Porcentaje de tiempo de enfermería.

AE: Porcentaje de tiempo de la auxiliar de enfermería.

M: Porcentaje de dedicación en el turno de mañana.

T: Porcentaje de dedicación en el turno de tarde.

No: Porcentaje de dedicación del turno de noche.

H2: Horas del turno del personal de enfermería.

H3: Horas anuales contratadas con el personal de enfermería/año.

Cálculo del número de puestos necesarios:

Necesidades de DUE: Mañana. $NDUE1s = (N \times O \times H1 \times DUE. \times M)/H2$

Tarde. $NDUE2s = (N \times O \times H1 \times DUE. \times T)/H2$

Noche. $NDUE3s = (N \times O \times H1 \times DUE. \times No)/H2$

* Para estas unidades se ha adoptado una estancia media de 7 días y una ocupación del 70%.

**Índice que relaciona ingresos con reintervenciones y no intervenciones quirúrgicas en pacientes ingresados.

DUE que habría que contratar: Mañana. $(NDUE1s \times H2 \times 365)/H3$
 Tarde. $(NDUE2s \times H2 \times 365)/H3$
 Noche. $(NDUE3s \times H2 \times 365)/H3$

Ejemplo:

Unidad de enfermería con 30 camas; ocupación del 85%; necesidad de 3 horas/día/paciente. Distribución de trabajo DUE/AE de 60/30%, y de turnos M/T/No de 50/30/20%. Turnos de 7 horas y contratación de 1250 horas/año.

$$NDUE1 = (30 \times 0.85 \times 3 \times 0.6 \times 0.5)/7 = 3.28$$

$$DUEs \text{ que habría que contratar} = (3.28 \times 7 \times 365)/1645 = 5.09$$

DUEs para cubrir el turno de mañana.

Procedimiento número 2.

N: Número de camas de una unidad.

O: Porcentaje de ocupación de la unidad (tanto por uno).

RDUEs: Relación DUE/Camas en cada turno.

RAE: Relación AE / Camas en cada turno

H2: Horas del turno del personal de enfermería.

H3: Horas anuales contratadas con el personal de enfermería/año.

Cálculo del número de puestos de trabajo:

Puestos de trabajo necesarios en cada turno:

$$NDUEs = N \times O \times RDUEs$$

$$NAEs = N \times O \times RAEs$$

DUE que habría que contratar para cubrir esos puestos de trabajo = $(NDUEs \times H2 \times 365)/H3$

AE que habría que contratar para cubrir esos puestos de trabajo = $(NAEs \times H2 \times 365)/H3$

Ejemplo:

Unidad de enfermería con 33 camas; 85% de ocupación; una relación de DUEs/camas/turnos. M: 1/8, T: 1/12, No: 1/20; y de AE, de 1/12, 1/20 y 1/20, respectivamente.

Los puestos de trabajo necesarios serían:

$$NDUEs \text{ mañana} = 33 \times 0.85 \times 1/8 = 3.5 \text{ puestos de trabajo}$$

$$NDUEs \text{ tarde} = 33 \times 0.85 \times 1/12 = 2.34 \text{ puestos de trabajo}$$

$$NDUEs \text{ noche} = 33 \times 0.85 \times 1/20 = 1.4 \text{ puestos de trabajo}$$

$$NDUEs = \mathbf{7.24 \text{ puestos de trabajo}}$$

Los diplomados en enfermería que habría que contratar serían:

$$NDUE \text{ mañana} = (3.5 \times 7 \times 365)/1645 = 5.43$$

$$NDUE \text{ tarde} = (2.34 \times 7 \times 365)/1645 = 3.63$$

$$NDUE \text{ noche} = (1.4 \times 7 \times 365)/1645 = 2.17$$

$$NDUE = \mathbf{11.23 \text{ DUE}}$$

Selección de los profesionales

Las organizaciones existen para llevar a cabo tareas, y el logro esas tareas se alcanza a través de las personas. La gestión de los recursos humanos es, por tanto, un atributo inseparable y diferencial de la buena gestión de las organizaciones y constituye casi siempre, especialmente en las empresas de servicios, **la capacidad nuclear estratégica** de éstas.

La selección de los profesionales consiste en atraerlos, evaluarlos e identificar las características personales que, en prin-

cipio, los hacen idóneos para el desempeño eficaz de las tareas asignadas a un puesto de trabajo de nuestra organización. El proceso de selección responde a la necesidad de reclutar profesionales para cubrir un puesto de trabajo. Los pasos para llevar a cabo una selección adecuada son los siguientes:

- Descripción del puesto de trabajo y de su perfil de competencias.
- Reclutamiento.
- Selección.
- Pruebas de selección.
- Elección del o de los candidatos.
- Evaluación de la eficacia del proceso de selección: inmediata y periódica.

El diseño de los puestos de trabajo implica definir las habilidades necesarias para ocupar dichos puestos. Estas habilidades se podrían clasificar en tres categorías:

- **Habilidades técnicas:** corresponden a la destreza y a los conocimientos necesarios para realizar adecuadamente la tarea (*técnica quirúrgica, realizar un balance, etcétera*).
- **Habilidades interpersonales:** las que son necesarias para relacionarse y realizar el trabajo conjuntamente con otras personas (*explicar una intervención, oír una queja, etcétera*).
- **Habilidades conceptuales (análisis, soluciones, decisiones):** capacidad de anticiparse a los problemas y de buscar soluciones, así como de comprender que la organización es un todo global (*procesos de planificación, automotivación, etcétera*).

¿Qué tareas corresponden a un puesto de trabajo determinado? ¿Qué grado de formación se necesita para ese puesto? ¿Hasta qué punto puede normalizarse ese puesto? ¿Cuáles deben ser sus sistemas de coordinación y supervisión?

Siguiendo a Mintzberg, para definir totalmente un puesto de trabajo en una organización deberíamos establecer nueve parámetros:

- Tres de ellos se refieren específicamente al diseño del puesto:
 - Grado de especialización del puesto.
 - Formalización del comportamiento.
 - Preparación y adoctrinamiento.
- Dos parámetros se refieren al diseño de la estructura organizativa en que están esos puestos de trabajo.
 - Agrupación de unidades.
 - Tamaño de las unidades.
- Dos parámetros se refieren a los enlaces laterales con otras partes de la organización:
 - Sistemas de planificación y control.
 - Dispositivos de enlaces.
- Por último, otros dos parámetros que se refieren a los mecanismos de la toma de decisiones:
 - Centralización/descentralización vertical.
 - Centralización/descentralización horizontal.

Para la **descripción del puesto de trabajo** deberemos definir, como mínimo:

- El título.
- La posición en el organigrama.
- La ubicación geográfica.

- Los objetivos del puesto.
- Las funciones.
- El tipo de contratación.
- La retribución.
- La dependencia orgánica y funcional.

En cuanto al perfil de competencias, deberemos especificar:

- Edad ideal.
- Formación.
- Idiomas.
- Experiencia previa.
- Características personales.
- Disponibilidad.

El **reclutamiento** es la fase que permite localizar a los candidatos interesados en el puesto y contactar con ellos. Se trata de localizar a las personas idóneas en el menor tiempo posible y por el procedimiento más económico. El reclutamiento puede ser interno (en el ámbito de la empresa), externo o mixto. De hecho, la legislación laboral obliga a reservar un porcentaje de plazas para la promoción interna de los trabajadores, mientras que el resto de ellas pueden ser ofertadas externamente.

Las ventajas del reclutamiento **interno** radican en que el proceso es más rápido y económico, más seguro (ya que conocemos y tenemos previamente evaluados a los candidatos), representa una gran motivación para los trabajadores de la empresa, que ven recompensados sus esfuerzos con su ascenso dentro del organigrama, y aprovecha la inversión realizada en la formación de sus profesionales. La única desventaja es la endogamia que puede generarse y los conflictos personales entre los trabajadores. La fuente de reclutamiento es la propia información que tiene la empresa sobre las solicitudes de cambios o promociones de los trabajadores.

El reclutamiento **externo** tiene la ventaja de traer savia nueva a la empresa y de que se aprovechan los esfuerzos de formación de las personas o de otras empresas. Los inconvenientes son que el procedimiento de selección es más lento y más caro, y que desincentiva a los trabajadores de la empresa y puede desequilibrar la política salarial si el mercado de profesionales ha variado y necesitamos ofrecer un salario más alto que el que estamos pagando en la propia empresa.

Las fuentes de reclutamiento externo son muy variadas: anuncios en periódicos, oficinas de empleo (INEM), empresas de selección y otras. En el sector público, es obligatoria la publicación de la oferta en el Boletín Oficial del Estado y en los boletines de las comunidades autónomas correspondientes, pero se pueden utilizar los otros medios señalados cuando existe escasez de determinados profesionales, generalmente médicos. Afortunadamente, en el ámbito hospitalario el reclutamiento no es un problema (excepto para algunas especialidades médicas), ya que generalmente se suelen presentar muchos más candidatos de los que se necesitan.

La **preselección** se realiza estudiando la documentación presentada; se seleccionan aquellos candidatos que la han presentado correctamente (en primera instancia o tras serle requerida su rectificación). Una vez elegido un número aceptable de candidatos se decidirán las pruebas, su duración y

las fechas de realización, y se notificará la información a los interesados. En el sector público se admite a todos aquellos candidatos que han presentado la documentación solicitada sin selección previa por su currículum vitae.

Las pruebas de selección dependerán de cada empresa, pero deben realizarse al menos las siguientes:

- Prueba de capacidad técnica.
- Prueba psicotécnica.
- Prueba de actitud.

En el sector público se utiliza como forma de selección el concurso y el concurso-oposición. Ambos sistemas varían considerablemente dependiendo de que se trate de puestos de baja responsabilidad o de puestos de gran contenido técnico o de gestión. En las ofertas de empleo público se especifican las pruebas que deberán realizar desde los facultativos hasta los celadores. En el primer caso se pondera el resultado del examen (que suele ser eliminatorio), el currículum vitae, la defensa leída de la visión del servicio al que irá el interesado y la entrevista con los miembros del tribunal, mientras que en los puestos que requieren menos preparación técnica se pondera más la actitud.

El proceso de selección concluye con la **elección de los candidatos y la evaluación inmediata de la eficacia del proceso**, que se puede basar en el coste por persona seleccionada. La eficacia a largo plazo se medirá por el rendimiento de la persona reclutada durante su estancia en la empresa, para lo cual se utilizarán procedimientos descritos en la evaluación del rendimiento.

Especialización del puesto de trabajo

La especialización de un puesto de trabajo reviste dos dimensiones: la **de su amplitud o ámbito** y la de profundidad. La primera se refiere al número de tareas productivas diferentes que puede realizar la persona en su puesto de trabajo. Una persona está más especializada cuantas menos tareas desempeña; en cambio, un puesto de trabajo tiene unas características ampliadas (menos especializadas) cuando tiene asignadas más tareas. Así, un médico general tiene un puesto de trabajo más ampliado (menos especializado) que un especialista. En nuestra cultura asociamos especialización con superioridad, lo cual no siempre es cierto: un director general desempeña un trabajo poco especializado, mientras que el ordenanza que distribuye el correo de la empresa realiza un trabajo especializado.

La **especialización horizontal** del puesto de trabajo (poca amplitud) es la forma que predomina en los sistemas organizativos de división del trabajo. El aumento de la productividad por la repetición de una tarea simple es la base de esta forma de trabajo. Las bases de la teoría científica inicialmente postulada por Taylor son mayor destreza, ahorro de tiempo al no tener que cambiar de tarea y la posibilidad de mejorar la técnica por conocerla muy bien. Ejemplos de este tipo de tareas los tenemos en las líneas de producción. En los hospitales, por su variedad, no suelen existir puestos con una gran especialización de tareas simples en las áreas de atención a los pacientes, aunque sí los encontramos en los servicios de apoyo (hostelería, mantenimiento, etc.).

La **ampliación horizontal** del puesto de trabajo implica la realización de un mayor número de tareas. Las enfermeras, cuando actuaban por tareas en una planta (una tomaba la tensión, otra administraba la medicación, etc.), actuaban especializadamente, mientras que al actuar por paciente se han ampliado las tareas del puesto de trabajo (enfermera de planta), ya que la misma persona lleva a cabo todas las tareas para el mismo enfermo.

La segunda dimensión es la especialización en cuanto a **profundidad de la tarea** que se realiza, o especialización vertical (Tabla 7.2).

La **especialización vertical** del puesto de trabajo (poca profundidad) se da cuando el puesto de trabajo sólo tiene encomendadas las tareas del núcleo productivo, y no las de administración, gestión, planificación u otras. En un hospital sería el caso del médico o la enfermera que realizan tareas asistenciales y no están implicados en otras tareas de gestión o administrativas.

La **ampliación vertical** consiste en el enriquecimiento del puesto de trabajo al acabar otras tareas de carácter no productivo directo. El puesto de responsable de planta de enfermería o el de jefe de servicio médico son buenos ejemplos de ampliación vertical, porque además de tareas productivas clínicas, desempeñan tareas administrativas y de gestión.

Las tareas de cada puesto se deben diseñar con independencia de la persona que lo vaya a ocupar. Hasta hace poco se optaba por una definición del puesto de trabajo lo más exhaustiva posible; en cambio ahora, dada la flexibilidad que se requiere en la empresa y la necesidad de coordinación, se tiende más a tratar perfiles más generales e ir adaptándolos a las personas de la organización.

Los puestos de trabajo de cada parte de la organización se adaptan más a un tipo u otro de especialización. Así, en el núcleo operativo encontraremos más puestos especializados horizontal y verticalmente, ya que trata de realizar tareas simples y precisas con gran productividad pero sin necesidad de mucha coordinación (montadores de una cadena de producción, limpiadoras, etc.). A medida que ascendemos en la estructura organizativa de la empresa se requiere más ampliación del puesto de trabajo, hasta llegar al ápice estratégico, en el que encontramos generalistas en todos los aspectos de la empresa; ello implica un amplio conocimiento de todas las facetas que inciden sobre la

empresa, pero poca especialización en cada una de ellas (directores generales, directores de orquesta, etc).

La planificación de los puestos de trabajo llegó a ser una fuente de discusión interminable entre los partidarios de los sistemas económicos más mecanicistas, que basaban toda la fuerza de la organización en la producción eficiente a través de la especialización, y la escuela más humanista, que abogaba por la motivación e integración del trabajador en la empresa como fuente de su capacidad de cambio y eficiencia. Joan Woodward, después de estudiar más de 1000 empresas que utilizaban los dos enfoques, desarrolló su teoría de las contingencias, en la que definía tres factores:

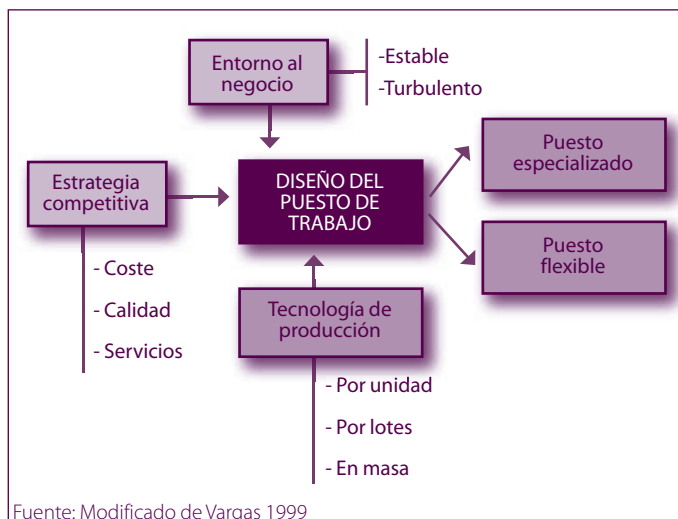
El entorno del negocio, la estrategia competitiva de la organización y la tecnología de producción de la empresa. En entornos estables, con tecnología de producción en masa y estrategia competitiva por costes, se debería tender a puestos especializados; en cambio, si la empresa se mueve en entornos turbulentos, la producción es selectiva por lotes o por unidades y la estrategia competitiva tiende hacia la calidad o la excelencia de los servicios, el diseño de los puestos de trabajo se debería orientar a puestos más flexibles, lo que supone una ampliación tanto en la dimensión horizontal como en la vertical (Figura 7.8).

Un ejemplo del primer tipo de empresa podría ser una fábrica de automóviles, y del segundo, una empresa de telefonía móvil. El hospital es una mezcla de sectores, unos más estables (los que no son propiamente sanitarios) y otros que indudablemente pertenecen al segundo grupo. Repárese en la diferencia entre la evolución debida a los descubrimientos de la biología que afectan a la sanidad y la inercia organizativa de los hospitales para adaptarse a su utilización inmediata (desde los recursos económicos, que son fijos durante el año independientemente de lo que ocurra en su entorno, hasta las especialidades médicas o la rigidez de los puestos de trabajo, cuya definición en muchos casos data de hace más de 20 años).

Existen aspectos que debemos estudiar cuidadosamente al definir las características de los puestos de trabajo y el diseño de las plantillas, y que a veces pasan inadvertidos, como **las cargas de trabajo físico** de cada puesto (especialmente en el caso de las auxiliares de enfermería, celadores, personal de

Tabla 7.2. Profundidad y amplitud del puesto de trabajo

		AMPLITUD HORIZONTAL	
		Baja (Puesto especializado)	Alta (Puesto ampliado)
A M P L I T U D	(Puesto espec.) (Baja)	Especialista con tareas simples: <ul style="list-style-type: none"> • Técnico de laboratorio. • Operario de línea de montaje. 	Profesionales que realizan varias tareas en línea, pero sin responsabilidades de gestión: <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeras. • Adjuntos clínicos.
	(Puesto ampl.) (Alta)	Especialistas que realizan el proceso completo: <ul style="list-style-type: none"> • Artesanos. • Pequeños empresarios. 	Generalistas que conocen los procesos de producción y gestión: <ul style="list-style-type: none"> • Jefe de Servicio. • Directivos.
V E R T I C A L			



Fuente: Modificado de Vargas 1999

Figura 7.8. Entorno del negocio, estrategia competitiva y tecnología de producción de la empresa.

almacén, etc., que mueven a pacientes y material de forma habitual) y **las cargas mentales**, mayores en unidades como urgencias o en medicina intensiva. Las cargas de trabajo son los requerimientos físicos y mentales debidamente estandarizados que exige cada puesto de trabajo. Se deben de medir no sólo los factores intrínsecos al puesto, sino también las exigencias que se le imponen en una empresa. Así, puestos de trabajo relativamente tranquilos en un entorno pueden ser problemáticos en otros.

Cada puesto de trabajo requiere unas características específicas. En el caso de la dirección estas características serían las que se indican en la Tabla 7.3.

Otra variable que es importante estudiar es la accidentalidad, no sólo por las repercusiones personales sobre el trabajador y las legales para los representantes de la empresa, sino como factor de prevención. Es necesario tenerla en cuenta, a la hora de definir las características de los puestos de trabajo. Ya que afecta a unos 60 por 1000 trabajadores. Sobre esta variable tienen especial incidencia la formación previa, las competencias para el puesto y el tipo de trabajo.

Una muestra de la poca atención que en las instituciones públicas se presta a la definición de los puestos de trabajo y a las competencias necesarias para ocuparlos es que hasta hace pocos años la definición de las categorías profesionales para establecimientos sanitarios de hospitalización era la de 1976, que a su vez derogaba una norma de 1947. Para el puesto de médico adjunto se definían las siguientes:

- Suplir al médico-jefe clínico.
- Cumplir los servicios de guardia que le señalasen, a tenor del reglamento del centro o de las instrucciones correspondientes.
- Cuidar de la debida confección de las historias clínicas de los pacientes asistidos y hospitalizados correspondientes a su servicio.
- Supervisar y coordinar el desempeño de las funciones correspondientes a los puestos que subordinados, especialmente de su servicio de guardia.
- Colaborar en todos los órdenes al mejor desarrollo de las tareas que correspondieran a su servicio.

Y para los auxiliares administrativos, se establecía algo muy escueto: «*Son los trabajadores mayores de 18 años que sin iniciativa, ni responsabilidad se dedican a los servicios auxiliares de la Administración*», sin mención alguna a su titulación o habilidades.

En los tres estatutos de personal vigentes, hasta la publicación en 2003 de las dos nuevas leyes ya comentadas, se regulaban con algo *más* de extensión las funciones del personal. Pero esos estatutos databan de 1966 el del personal médico, de 1971 el del personal no sanitario y de 1973 el de enfermería y, por tanto, habían quedado obsoletos. Por otra parte, la ley de la Función Pública, que puede afectar al personal estatutario, está en tramitación. No obstante, algunas organizaciones sanitarias se han preocupado de definir con mayor amplitud y profundidad las características de los puestos de trabajo.

Competencias de los profesionales

Las competencias son aquellas características intrínsecas de la persona que tienen una relación de causalidad con el desempeño adecuado o excelente de un determinado puesto de trabajo. Son características personales que diferencian a las personas y que les permiten adaptarse mejor a un determinado puesto de trabajo. Esta adaptación depende tanto del entorno empresarial como de las características de la persona.

Dichas características son habilidades, conocimientos, valores, actitudes, etcétera, es decir, lo que hoy conocemos con el nombre de inteligencia emocional. Hay que insistir en que las competencias no son las funciones del puesto de trabajo, sino lo que permite al que lo ocupa desarrollar estas funciones de una forma superior a lo normal o esperado (Figura 7.9).

Los conocimientos y habilidades son aquellos elementos tangibles, relativamente fáciles de medir, que son necesarios para ejercer adecuadamente las funciones del puesto. Los

Tabla 7.3. Características potenciales: directivos

1. **Liderazgo integrador.**
2. **Credibilidad.**
3. **Capacidad de análisis y planificación.**
4. **Capacidad de motivar.**
5. **Capacidad para obtener resultados.**
6. **Conocimiento profundo de su equipo.**
7. **Capacidad para la resolución de problemas.**
8. **Capacidad de delegar.**
9. **Orientación corporativa.**
10. **Equilibrio Personal: Trabajo-Familia-Yo**
11. **Sólida formación. Idiomas. Herramientas tecnológicas.**
12. **Empuje, energía y sentido de la justicia.**
13. **Predicar con el ejemplo.**

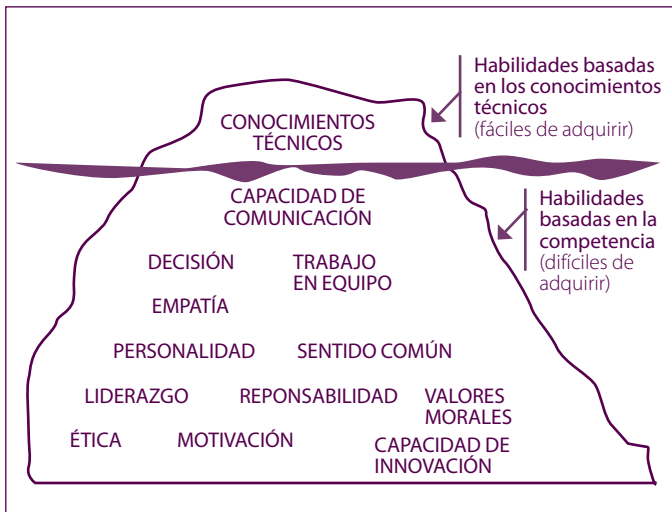


Figura 7.9. Esquema de habilidades.

elementos intangibles, también medibles, aunque con mayor dificultad, son los que pueden brindar resultados superiores.

Existen metodologías específicas, como la de Hay/McBer, que facilitan la búsqueda de las competencias ideales para cada puesto de trabajo mediante:

- La utilización de un lenguaje común, estandarizable y cuantificable.
- El desarrollo de un software específico para procesar y cruzar la información sobre personas y puestos de trabajo.
- La unificación de la información de gestión de los recursos humanos en una base común.

La empresa que busca la competencia de sus puestos de trabajo debe contar con una serie de elementos que potencien la búsqueda de la eficiencia; de lo contrario, difícilmente atraerá hacia ella a aquellas personas cuyo objetivo sea la superación y la competencia. En la empresa sanitaria, que no está preparada en absoluto para aplicar este tipo de instrumentos, encontramos algunos profesionales que son excepcionalmente competentes en su puesto de trabajo de una forma natural, a pesar de los múltiples inconvenientes que la organización pública supone para su desarrollo personal.

Tabla 7.5. Valoración del desempeño: mandos intermedios

<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento del puesto. 2. Responsabilidad. 3. Planificación y delegación. 4. Análisis de problemas y toma de decisiones. 5. Iniciativa. 6. Innovación y creatividad. 7. Priorización de acciones. 8. Actuación ante las urgencias. 9. Capacidad de comunicación. 10. Capacidad de negociación/Persuasión. 11. Liderazgo.

Tabla 7.4. Componentes del desempeño profesional

	Actitudes	Conocimiento técnico
Directivos	75%	25%
Mandos	50%	50%
Operarios	25%	75%

Los componentes del desempeño profesional dependen de las funciones que realice la persona dentro de la organización, y son diferentes en función de esta posición (Tabla 7.4).

En las Tablas 7.5 y 7.6 se muestra cómo se debería valorar el desempeño en los mandos intermedios y en los profesionales operativos de la organización.

Evaluación y gestión del rendimiento

Cuando hablamos de la **evaluación del rendimiento** nos referimos al diseño y la aplicación de sistemas para medir el rendimiento de los profesionales en su trabajo. La **gestión del rendimiento** se refiere, en cambio, al modo de crear un ambiente positivo para que la valoración de las personas sea una herramienta motivadora y estimulante, y no un procedimiento tedioso que no sirve para nada y que incluso puede crear rechazo.

Mientras que la evaluación es una medición y se basa en lo realizado por el trabajador, la gestión debe orientarse al futuro, a cómo utilizar la mejora del rendimiento individual para la motivación personal y colectiva.

En la empresa pública, y sobre todo en la sanitaria, donde el mayor valor es «la antigüedad», es difícil introducir el criterio de rendimiento individual. Sin embargo, este criterio acabará imponiéndose, y la empresa pública deberá regirse por unos procedimientos parecidos a los de la privada. En el diseño de la carrera profesional, las diversas comunidades autónomas, e incluso el Ministerio para las Administraciones Públicas están esbozando las primeras líneas para la evaluación del rendimiento de los funcionarios.

Tabla 7.6. Valoración del desempeño: personal operativo

<ol style="list-style-type: none"> 1. Cantidad de trabajo realizado. 2. Calidad de trabajo realizado. 3. Resistencia en el trabajo (física psíquica). 4. Disciplina. 5. Puntualidad. 6. Compromiso empresarial. 7. Análisis y solución de problemas. 8. Capacidad de aprendizaje. 9. Flexibilidad y disponibilidad. 10. Capacidad de trabajar en equipo. 11. Trato con sus clientes.

Medición y errores

En primer lugar es necesario fijar las variables sobre las que vamos a medir el rendimiento. Estas tienen que estar necesariamente relacionadas con el puesto de trabajo que estemos evaluando y con la importancia que se le atribuya a cada función de dicho puesto. Hay que valorar prioritariamente las dimensiones principales del puesto, y menos aquellas que estén asociadas a él por motivos coyunturales.

Existen muchos modos de evaluación. Uno de ellos son los **juicios relativos**, donde se pide a los responsables de las unidades que emitan un juicio sobre los empleados que están bajo su dirección. A partir de este juicio, que generalmente es cuantificable, se genera una lista ordenada de los trabajadores, o bien una ordenación en grupos: excelentes, normales y deficientes. Estos juicios son complejos debido a la necesidad de comparar el rendimiento de trabajadores cuyas condiciones de trabajo no son idénticas aunque ocupen el mismo puesto de trabajo. Hay que intentar que el jefe de la unidad emita este juicio ya que, salvo excepciones, es él quien mejor conoce a sus trabajadores y quien puede dar una opinión *más* calificada sobre su rendimiento durante un período determinado.

Los juicios de valor absolutos se realizan cuando se valora a un empleado independientemente de los otros. Suele ser muy objetivo, ya que se utilizan variables cuantitativas con relación a las funciones de su puesto de trabajo, sin el sesgo que introduce la comparación con otros trabajadores. Con este tipo de juicio todos los trabajadores podrían teóricamente estar en el grupo de «...los excelentes» al no tener que competir con los demás, lo que no sería posible con la valoración mediante juicios relativos. La desventaja de la valoración absoluta es la dificultad de comparar grupos de trabajadores de diferentes unidades, pues los criterios utilizados por los directores suelen ser diferentes.

El mayor valor de la evaluación es su credibilidad. Por ello, es preciso velar por que no se produzcan sesgos instrumentales, conscientes o inconscientes, que pongan en peligro el procedimiento.

El efecto halo hace referencia a la tendencia a juzgar a las personas por una sola dimensión, con olvido de las demás dimensiones. **La restricción del intervalo** se produce cuando el evaluador disminuye la escala de valoración. **Los sesgos individuales** aparecen cuando tendemos a proyectar en los demás nuestras propias preferencias, que podemos utilizar como baremo de medición en vez del indicado. Estos errores se minimizan si la formación de los evaluadores es idónea y se aplican unas normas y formas de evaluación estandarizadas que hagan más sólidas y homogéneas las evaluaciones.

Las simpatías desempeñan un papel fundamental en los procedimientos de evaluación del rendimiento. No se trata de un error instrumental inconsciente que pueda corregirse con formación y estandarización. Las simpatías profesionales son un sentimiento complejo basado en un sumatorio subjetivo difícil de cuantificar y que sesga en sentido positivo o negativo cualquier evaluación, especialmente las que son subjetivas. La dificultad de utilizar como criterio la simpatía, que puede ser una forma de evaluación adecuada, radica en que hay que explicar a los que han sido evaluados negativamente el porqué de esa evaluación. **El error de última evaluación** se basa en ponderar mucho más el último dato evaluado que los demás. Muchas veces es la última evaluación la que cuenta. Para evi-

tarlo, se aconseja llevar a cabo una evaluación continua con anotaciones periódicas, y que la evaluación final se base en todas las evaluaciones parciales realizadas.

Muchos directivos creen que es imposible una valoración correcta del rendimiento de cada uno de los trabajadores debido a que las circunstancias de sus puestos de trabajo son muy diferentes, y a que los evaluadores introducen errores en el sistema. Esta escuela de directivos se inclina más por una valoración grupal o de los **equipos de trabajo**, que se centra en el rendimiento del equipo de trabajo en su conjunto *más* que en el individuo. Al igual que ocurre al distribuir las retribuciones en función del rendimiento, las ventajas de hacerlo por grupos es que se estimula el espíritu de equipo; pero la desventaja es que se limita la motivación individual de los trabajadores más emprendedores y ambiciosos.

Gestión del rendimiento

La evaluación de cada persona o grupo de la organización es un medio, y sólo constituye el principio de un proceso que debe servir para mejorar, incentivar y motivar a los profesionales en la empresa de forma que la productividad de ésta aumente gracias a la mayor integración de sus trabajadores. La responsabilidad de la gestión del rendimiento debe recaer sobre el responsable de la unidad (el directivo del núcleo operativo, en la nomenclatura de Mintzberg). Es él quien tiene que proponer, con la participación de los trabajadores, las variables que se van a utilizar en la evaluación; también debe emitir la valoración de sus trabajadores y entrevistarlos tras la evaluación. El departamento de recursos humanos debe asesorar y respaldar al directivo en su labor diaria de apoyo a los empleados.

La gestión del rendimiento no termina con la emisión del informe de evaluación, generalmente anual, sino que debe afrontar las consecuencias que tiene éste sobre la situación del empleado en la empresa, y especialmente las repercusiones sobre su retribución. El directivo debe preparar todas las cuestiones que se vayan a comentar y tratar, al menos, las siguientes:

- Las causas de la disminución del rendimiento, es su caso.
- Las causas de los problemas que han generado la disminución del rendimiento.
- La búsqueda de soluciones, que se debe delegar en el empleado.
- La mejora de los procesos, fomentando la comunicación no amenazante.

Cuando el rendimiento ha disminuido, el objetivo fundamental de esta entrevista es determinar la causa de los problemas. El directivo tiende a achacar los problemas a la falta de dedicación o motivación del trabajador, mientras que éste los atribuye a causas externas a él e imputables a la empresa. Sin embargo, antes de atribuir la causa de los problemas al trabajador, el directivo debe descartar una serie de razones imputables a la empresa y que, desgraciadamente, son más corrientes de lo que a veces pensamos:

- Información u órdenes inadecuadas para realizar las tareas.
- Supervisión incorrecta.
- Poca coordinación entre los trabajadores para realizar las tareas.

- Carencia de los materiales necesarios para cumplir la tarea.
- Falta de mantenimiento de las instalaciones.
- Entorno de trabajo inadecuado y hasta peligroso (frío, ruidos, etc.).
- Falta de formación para la tarea.
- Falta de personas o de tiempo para realizar bien la tarea.

La participación de los trabajadores en su propia evaluación, la evaluación a cargo de sus compañeros o la evaluación de todos por todos (*Feedback 360°*), parecen mejorar la credibilidad del método y su prestigio.

Recompensas al rendimiento. Recompensas individuales y colectivas

Como ya hemos señalado repetidamente, una de las funciones más importante de la dirección es la de motivar a los profesionales. Para realizarla adecuadamente debemos medir lo que aporta su esfuerzo a la empresa, es decir, la mejoría de su rendimiento individual o en grupo. Una vez medido esto, hay que diferenciar a los trabajadores mediante recompensas, que generalmente se reflejan en sus retribuciones. Analizaremos las formas de adjudicar estas recompensas, sus características y algunos tipos de recompensas diferentes de las monetarias.

Para poder establecer cualquier sistema de diferenciación entre sus profesionales, la empresa debe reunir unas condiciones previas sin las cuales no es posible implementar sistemas como el que estamos comentando:

- Emplear parámetros objetivos de evaluación en relación con los objetivos previamente acordados entre el trabajador o el grupo de trabajo y la dirección.
- Evaluar globalmente al profesional, de modo que la evaluación no quede invalidada por aspectos aislados. Por eso a veces debe influir más la opinión del jefe directo que algunos datos esporádicos, por muy objetivos que sean.
- Evitar la competencia interna entre los trabajadores de un mismo grupo. El logro de los objetivos no debe ser un fin en sí mismo, sino un medio para mejorar el rendimiento global.
- Evaluar sólo aquellos parámetros que dependan directamente del trabajador, y no imputarle virtudes o defectos cuyos resultados dependan de otros. Como a veces esto es muy difícil, debemos ponderar las variables que se van a evaluar conjuntamente con los implicados.
- La falta de cumplimiento de lo pactado por la empresa debido a problemas del entorno, de liquidez, de mercado, de cambio de política de incentivación, u otros, crea una desconfianza difícilmente recuperable y anula la característica más importante para que estos sistemas funcionen, que es la confianza en la empresa y en sus promesas. Muchas de nuestras dinámicas organizativas se basan en la credibilidad de la dirección. Por ello, si no estamos seguros de poder cumplir un pacto, éste no debe hacerse o, si se hace, debe quedar bien claro el riesgo que se corre al firmarlo.
- El hecho de que una parte considerable del sueldo sea variable en función del rendimiento, especialmente en los puestos de línea, produce un notable estrés por alcanzar la producción necesaria, que puede conducir a una disminución de su calidad en su realización.
- La excesiva fijación de los trabajadores en el cumplimiento de sus objetivos les puede apartar de otras funciones de carácter más creativo, que en determinados puestos interesan mucho a la empresa. Esto preocupa más en los puestos directivos.

Ofrecemos a continuación algunas **recomendaciones** para la valoración del rendimiento, aunque el plan deberá ser específico para cada organización:

- Se han de vincular las mejoras asociadas a la valoración del rendimiento (que generalmente consistirán en un aumento retributivo) a la mejora de las funciones realizadas en el puesto de trabajo. A veces esto puede hacerse con facilidad, como en el trabajo a destajo, pero otras veces es mucho más complicado, como ocurre en aquellos puestos de trabajo en que hay que ponderar muchas variables difíciles de medir por su virtualidad (por ejemplo, en las organizaciones sanitarias) o porque es necesario realizar una evaluación a largo plazo.
- Aunque la retribución sigue siendo el principal elemento de motivación, no es el único, como veremos más adelante.
- La empresa debe crear un clima de confianza entre los trabajadores para fomentar la credibilidad y la sensación de pertenencia a ella, única forma de unir el futuro de la institución y el de sus trabajadores.
- Hay que fortalecer la vinculación entre la mejoría de la posición de la empresa en el mercado y la mejoría de la posición de los trabajadores dentro de la empresa y la equidad interna, de forma que todos defiendan a los buenos trabajadores, cuyo trabajo da un valor añadido a la empresa, y los distinguan de los malos trabajadores, que actúan en la dirección contraria y, por tanto, no interesa que permanezcan en ella ni a la empresa ni a los demás trabajadores.
- Es preciso utilizar varios sistemas de recompensa: individual y de equipo. Ambos, como ya señalamos, tienen ventajas e inconvenientes, pero son más eficaces si se aplican conjuntamente.
- Se debe favorecer la participación de los trabajadores no sólo en el diseño de los criterios de valoración del rendimiento, sino también en su aplicación.
- A partir de determinados niveles de empleo, ciertas recompensas se valoran más que el aumento de las retribuciones: el elogio público, los honores, las medallas, el aumento de responsabilidad pueden ser algunas de ellas.

En las recompensas individuales se valora al individuo. Como ya se ha dicho, salvo los altos niveles directivos de la empresa lo habitual es que se incida sobre la retribución en forma del aumento de **un porcentaje sobre el salario base**, que se mantiene en los años sucesivos; en forma de **primas**, que suelen consistir en una cantidad fija que recibe el trabajador de una sola vez y que no es repercutible en la retribución de los años sucesivos, o en forma de **incentivos** como viajes, regalos, etcétera.

Las ventajas de hacer que la mejora del rendimiento repercuta sobre los individuos son las siguientes:

- Es gratificante y motiva al trabajador, no sólo por el aumento de las retribuciones sino por el reconocimiento público implícito que ello significa.
- Hace que los intereses de los individuos y los de la empresa confluyan.
- Logra una mayor equidad en la empresa, especialmente de «los mejores», que son los que más aportan a la consecución de los objetivos empresariales.
- Responde a nuestra cultura occidental, que resalta y reconoce más los valores del individuo que los de los grupos, como ocurre en Oriente.

Los inconvenientes del reparto individual son los siguientes:

- Puede fomentar el excesivo individualismo y la falta de cooperación en los grupos.
- El rendimiento individual es más difícil de evaluar correctamente.
- El reparto individual suele introducir tensiones en las relaciones entre el supervisor y el trabajador, especialmente cuando la evaluación ha sido negativa.
- Se da un peso excesivo a las variables que se utilizan para evaluar.

Sin embargo, existen puestos en los que este tipo de valoración es más idóneo:

- Puestos de trabajo con las funciones muy definidas e independientes.
- Puestos de trabajo que se realicen con gran autonomía.
- Puestos que no requieren excesiva coordinación.

Las **recompensas colectivas** a grupos o equipos son la excepción en las empresas europeas, pero se utilizan a menudo para contrarrestar los inconvenientes de la recompensa individual, antes comentados. Los tipos de recompensas son similares: porcentajes, primas e incentivos.

Las ventajas de este sistema son las siguientes:

- Refuerza la colaboración dentro del grupo.
- Facilita las medidas del rendimiento, ya que es más fácil definir un sistema creíble de valoración del rendimiento para una unidad que individualmente para cada uno de los trabajadores que la componen.

Sus inconvenientes son éstos:

- No se fomenta la ambición personal, a la inversa de las tendencias que se dan en la filosofía y la educación de los países occidentales.
- Se discrimina a los mejores, que quedan absorbidos por la media del grupo.
- Puede producirse competencia desleal entre grupos de una misma empresa: falta de colaboración, ocultación de información, etcétera.

Para valorar cualquier sistema de rendimiento es necesario disponer de parámetros evaluadores objetivos y consensuados con los trabajadores. De lo contrario, es preferible no acometer estos proyectos. La productividad variable introducida a final de los años 80 en nuestros hospitales, en un afán de premiar a los mejores, adoleció de este defecto. Antes de que en la mayoría de los hospitales se implantaran sistemas de dirección por objetivos que permitieran medir el rendimiento real de los facultativos y sus unidades, se concedió a mediados de diciembre una cantidad millonaria que tenía que ser distribuida antes

de finales de año. La mayoría de los gerentes no sólo carecían de los conocimientos técnicos necesarios para hacer un plan de evaluación, sino que también carecían de criterios y la estructura para repartir tal cantidad de dinero en dos semanas. El resultado, y como no podía ser de otra forma, fue un desastre: la mayoría de los hospitales hicieron un reparto cuasi lineal y, de entre los que intentaron hacer un reparto discriminatorio, lo único que lograron muchos fue un rechazo de la mayoría de los facultativos, que resultaron mal evaluados, ya que no se disponía de criterios claros para darles o negarles la razón. En algunos de los pocos hospitales que tenían establecida una dirección por objetivos consensuados y firmados con los servicios, hubo diferencias hasta de 300 000 pesetas entre facultativos, hecho que, al hacerse público, significó un reconocimiento general de su actuación y una experiencia muy positiva. Desgraciadamente, la experiencia no se pudo consolidar en los años siguientes por las causas antes citadas y por la gran presión sindical y corporativa a favor del igualitarismo funcional.

Gestión de las retribuciones

La retribución es el conjunto de contraprestaciones cuantificables que recibe un trabajador por su trabajo. Consta de tres componentes diferenciados:

- **SALARIO.** Es la cantidad fija que recibe el trabajador periódicamente (mensualmente, semanalmente...). En este concepto está incluida la mayor parte del sueldo de los funcionarios y del personal sanitario. El salario está en función del puesto de trabajo, y a él se asocian habitualmente complementos retributivos que dependen de la asunción de responsabilidades bien definidas. En los hospitales estas responsabilidades corresponden a las jefaturas de servicios, jefaturas de sección y otros puestos de carácter orgánico, o bien de carácter funcional, como la supervisión de enfermería. Otros conceptos fijos son la antigüedad, el transporte y la residencia, en algunos casos. El único concepto con cierta variabilidad en nuestro entorno son las guardias médicas, que aun siendo su número fijo en el servicio, pueden adecuarse a las necesidades de sus miembros.
- **RETRIBUCIONES INDIRECTAS.** Abarcan desde el seguro médico privado, complementario al público, hasta las vacaciones, pasando por los planes de pensiones, el coche, etcétera. Este componente no existe en el sector público; sin embargo, está muy extendido como forma de retribución de los directivos de las empresas privadas, aunque últimamente se aplica menos al computarse como ingresos y figurar en la declaración del IRPF anual.
- **INCENTIVOS.** Afectan básicamente a los altos directivos empresariales y se materializan en forma de primas y participación en los beneficios de la empresa. Las famosas *stocks options* podrían ser un ejemplo de este tipo de retribuciones.

Dado que el coste del capítulo de personal en las empresas de servicios ronda el 60%, la gestión adecuada de las retribuciones puede ser una de las herramientas más motivadoras en la gestión de los recursos humanos.

Desgraciadamente, en la empresa pública no existen grandes diferencias en las retribuciones, que vienen definidas a través

de los boletines oficiales y, como ya hemos mencionado, corresponden a conceptos fijos, lo que deja muy poco margen para la diferenciación de los profesionales, como corresponde a un planteamiento igualitario de la Administración pública.

La retribución no es sólo un indicador del poder económico personal, sino que inevitablemente está vinculada al prestigio y la valía personal. Por ello, no sólo tiene un valor monetario, sino también social y psicológico. El sistema retributivo de una empresa tiene que permitirle cumplir sus objetivos, y debe adaptarse a sus características y a las de su entorno. Además, el sistema retributivo debería cumplir una serie de requisitos:

- Debe poseer **equidad interna y equidad externa**.

La equidad interna ideal se lograría cuando todos los trabajadores de la empresa percibieran que reciben una contraprestación justa por su trabajo, y que además dicha retribución es igual a la que otros trabajadores reciben por ese mismo trabajo. La equidad externa se alcanzaría cuando la empresa pagara a sus empleados la misma remuneración que empresas similares de un entorno semejante de trabajo pagan a sus trabajadores, y esta igualdad sea percibida como adecuada.

La equidad es un concepto teórico probablemente inalcanzable, pero hacia el que debemos tender. Puesto que no existen dos situaciones exactamente iguales, su percepción es subjetiva y depende sobre todo de que se hayan podido alcanzar acuerdos sobre los intervalos de equidad. Si hemos definido previamente los parámetros, es relativamente fácil demostrar a un trabajador que se le remunera adecuadamente. Sin embargo, es muchísimo más difícil comparar este salario con el de otro trabajador que hace un trabajo similar.

Un problema habitual en las empresas dinámicas es que los empleados que se han incorporado recientemente a la empresa cobran más que empleados con la misma titulación y con más antigüedad, debido a las leyes del mercado laboral en ese momento. Esto lo viven los trabajadores más antiguos como una vulneración de la equidad interna.

- El necesario equilibrio entre las **retribuciones fijas y las retribuciones variables**.

La relación entre estas dos partidas depende del tipo de empresa y de la situación en ella. Las empresas clásicas y estables tienden a que haya una mayor proporción de retribuciones fijas, mientras que las nuevas, más dinámicas, de menor tamaño y con personal muy cualificado y emprendedor, tienden a que la mayor parte de la retribución sea variable. Los directivos y profesionales situados más cerca del vértice estratégico de la organización reciben la mayor parte de sus retribuciones como variable asociada a los avatares de la empresa.

- La retribución puede estar orientada a la permanencia o a los resultados.

El **pago por permanencia** se realiza «por estar». Es el típico contrato por horas, que corresponde a la inmensa mayoría de los realizados en nuestro país, y de los cuales nuestros hospitales públicos pueden ser un paradigma. El pago por resultados se realiza por alcanzar unos objetivos determinados, como ocurre en el contrato a destajo por alicatado, donde se paga por metros cuadrados colocados. En nuestro medio «las peonadas» constituyen un buen ejemplo de este tipo de retribución.

Ambos tipos de retribuciones se pueden emplear aisladamente, pero lo habitual es que una parte de la retribución sea fija en función del puesto de trabajo, y otra parte sea variable en

función de la consecución de objetivos previamente pactados y oportunamente evaluados. En nuestro medio un ejemplo de este último tipo sería el complemento de exclusividad, inicialmente pensado para fomentar una mayor dedicación al hospital, lo que permitiría mejorar el rendimiento de los profesionales y diferenciarlos profesional y económicamente de aquellos otros que no estaban interesados en consagrar al hospital toda su actividad.

- Retribuciones en función del puesto de trabajo o de las habilidades (competencias) de los profesionales.

Los sistemas tradicionales de retribución basan su parte fija en el puesto de trabajo que el profesional ocupa en la empresa, y no en la cualificación o habilidades que posea. De hecho, en nuestros hospitales encontramos médicos que ocupan puestos de enfermeros y cobran como tales, o abogados que trabajan de auxiliares administrativos.

La retribución por competencias emplea para remunerar la capacidad de un profesional para realizar varias actividades; por tanto, se paga la flexibilidad laboral. Este tipo de remuneración se utiliza en Japón y, en nuestro medio, en los puestos directivos, donde se paga más «la inteligencia emocional» que el conocimiento de una técnica específica.

La mayoría de las empresas utilizan un sistema mixto; en él la retribución media está en función del puesto de trabajo, pero la retribución asignada a cada puesto de trabajo no es fija, sino que tiene una banda de fluctuación, de forma que los más habilidosos, más susceptibles de ser promovidos y con más rendimiento se mueven en la parte alta de esa banda, mientras que los menos entusiastas lo hacen en la parte baja (de la que posiblemente no se moverán si no cambian de actitud). Este sistema supone una buena base para la motivación, tanto positiva como negativa. Si el abanico de retribuciones es amplio, un trabajador con un alto rendimiento, aunque ocupe un puesto de trabajo de categoría inferior, puede ganar más dinero que otro menos competente de una categoría superior. Éste es un aspecto que necesariamente debería contemplar cualquier proyecto de carrera profesional que se quiera instaurar en el sector sanitario.

- Retribuciones elitistas frente a retribuciones igualitarias.

Al hablar de elitismo nos referimos no sólo al componente económico de las retribuciones, sino a otros signos externos de diferenciación entre las diversas categorías de trabajadores. En nuestro medio existe una notable discriminación entre los médicos, el resto del personal sanitario y el personal no sanitario, que están sujetos a unas condiciones distintas.

Sin embargo, las diferencias económicas, que hace años eran grandes, se han ido reduciendo, de forma que, gracias a las retribuciones variables, muchas veces no suficientemente explicadas (supervisiones, coordinaciones, etc.), pueden producirse solapamientos entre las categorías. El elitismo se percibe mejor en las empresas privadas, a través de signos como la planta en que están situados los despachos, el tener plaza de aparcamiento, o baños privados, etc. Las empresas antiguas, estables, con mercados consolidados, tienden más al elitismo, mientras que las pequeñas y dinámicas, que buscan un nicho de mercado, tienden a ser más igualitarias y en ellas, como ya hemos comentado, una gran proporción del sueldo depende de la evolución de la empresa.

- Evaluación de la retribución frente a la competencia.

Al principio de este apartado señalamos que es importante mantener la equidad externa, de forma que el trabajador perciba que está equiparado con los trabajadores de las empresas del entorno. Por eso hay que prestar especial atención a las empresas que entran en competencia directa con la nuestra, así como a los puestos de trabajo que son claves para la competitividad de nuestra organización. Para atraer a «los mejores» debemos retribuir mejor. Esta retribución no se materializa sólo en dinero, sino en las facilidades que podamos dar a los profesionales de élite, que se mueven a veces por otros motivos que hay que saber «buscar y vender». Por otra parte, el hecho de tener empleados mejor pagados que los demás genera conflictos que tenemos que prever y solventar.

En nuestros hospitales, donde las retribuciones monetarias son muy parecidas en todo el sistema (aunque empieza a haber algunas diferencias entre comunidades autónomas), los componentes no económicos de la remuneración pueden ser importantes para atraer a buenos profesionales: la posibilidad de impartir docencia, un proyecto de investigación atractivo, la posibilidad de dar trabajo a la pareja o, a veces, aspectos tan banales como el clima (Canarias), pueden ser factores decisivos para decidir a estos profesionales.

- Condiciones económicas frente a condiciones no económicas.

En los apartados anteriores hemos tratado las condiciones económicas o las que les eran equiparables, como planes de pensiones, viajes y otras. Nos referiremos aquí a las condiciones no económicas, como es la seguridad en el trabajo, las exigencias del mismo, la participación en las decisiones, el protagonismo social, etcétera. Entre estas condiciones habrá algunas que afectarán más a los puestos de trabajo menos cualificado (las relacionadas con medidas higiénicas), mientras que otras serán cruciales para atraer a los trabajadores más cualificados, y especialmente a los directivos.

En nuestro medio existe un gran número de condiciones no económicas implícitas que, por habituales, no son apreciadas por los trabajadores como ventajas de su puesto de trabajo ni recalçadas por los equipos directivos: la absoluta seguridad en el empleo, la no exigencia de rendimiento, la permisividad ante el absentismo, el incumplimiento del horario y el reclutamiento de pacientes para la actividad privada son algunas de las «ventajas» de trabajar en el sistema público.

Dado que cada profesional tiene unas expectativas diferentes en función de su edad, condición social, hábitos, etcétera, hay empresas que intentan adecuar las retribuciones de sus profesionales, especialmente en los niveles más altos, a las necesidades de éstos, y les pagan como ellos prefieren, dentro de los límites que la legislación marca.

No tiene las mismas preferencias una persona joven, que necesita liquidez, vivienda, formación, un coche, etcétera, que un adulto con familia, cuyas preferencias se decantan más por pólizas de seguros de vida, colegios para sus hijos, pólizas de ahorro y planes de pensiones u otras, o que un profesional senior, cuyas preocupaciones se centran en la jubilación, el ocio o la seguridad.

Por ello, estas empresas intentan compensar a sus profesionales mediante «productos» que no repercutan en sus

impuestos. La remuneración económica que reciben es menor, pero el monto final (dinero en mano + prestaciones) es mayor, al ahorrarse parte de los impuestos.

Las ventajas para la empresa serían las siguientes:

- Disminuyen los costes salariales.
- Vende su esfuerzo a los profesionales que fideliza.
- Se adapta a los cambios del mercado.
- Atrae a profesionales valiosos.

Los beneficios para los profesionales serían éstos:

- Las compensaciones se adecuan a sus necesidades personales y familiares.
- Aumenta su disponibilidad económica neta después de sus gastos personales.
- Se evitan las duplicidades en familias con dobles ingresos.
- Es un sistema voluntario y modificable.

Los productos o servicios que la empresa puede ofertar a sus profesionales son:

- Seguros de salud.
- Seguros de accidentes.
- Plan de pensiones.
- Seguros de ahorro.
- *Renting* de vehículos.
- Formación.
- Vales de comidas.
- Compra y *renting* de ordenadores.
- Vacaciones.

Por último, algunas empresas pueden contratar determinados tipos de servicios personales o del hogar en mejores condiciones que los profesionales como particulares:

- Vigilancia del hogar.
- Limpieza del hogar.
- Cuidado de los niños.
- *Catering*.
- Etcétera.

Los departamentos de recursos humanos de las empresas, deberán tener en cuenta éstas y otras medidas a fin de facilitar la conciliación de la vida laboral, familiar y personal y, de esta forma, mejorar la productividad mediante la realización y motivación de los profesionales, que perciben que su empresa se preocupa de sus problemas.

En un estudio realizado en empresas españolas de más de 1000 trabajadores (que es el tamaño de muchos de nuestros hospitales), se han obtenido los siguientes datos:

- Por cada dos trabajadores hay en la familia un niño menor de 10 años.
- Cada niño está en cama por enfermedad un promedio de 11 días/año
- Cada niño tiene unos 100 días de vacaciones anuales, mientras que sus padres tienen entre 23 y 30 días.
- Cada trabajador tiene 1.33 familiares mayores de 65 años.
- Uno de cada 10 empleados formará una familia monoparental (los hijos o hijas vivirán con un solo progenitor).

Dada la rigidez del sistema estatutario en lo relativo a las retribuciones, que se mantiene en la reciente ley que regula los estatutos del personal, esta flexibilidad, que emplean algunas empresas del sector privado, está todavía lejos de poder ser aplicada en nuestro medio, aunque no es una utopía. Sus principios metodológicos pueden estudiarse en la bibliografía recomendada.

- Difusión pública de las retribuciones o no.

Cualquiera de las dos opciones tiene ventajas e inconvenientes; por tanto, la elección de una u otra dependerá del tipo de empresa. Cuando la retribución de todos los trabajadores se hace pública se evitan las especulaciones con relación a los sobresueldos, especialmente en el estamento directivos; el inconveniente es que hay que definir y explicar muy bien los criterios utilizados y, además, se limita la posibilidad de estimular al grupo de profesionales que habitualmente «tira» de la empresa, y cuyo rendimiento es a menudo muy difícil de cuantificar. Puede llegarse al extremo de que, para no tener que estar dando explicaciones, el reparto de la cantidad variable se haga linealmente, como ocurrió en muchos de los hospitales con la distribución del complemento de productividad variable.

- Decisiones centralizadas o descentralizadas.

Parece razonable que los criterios generales sobre las retribuciones se establezcan a nivel central en empresas muy dispersas, como lo es el Sistema Nacional de Salud, con 17 subsistemas autonómicos, y que las direcciones de recursos humanos aporten herramientas técnicas para su desarrollo. No obstante, deben ser los directivos los que aporten las ideas y variables que perfilarán el sistema retributivo de cada empresa, especialmente en lo relativo a la evaluación del rendimiento, ya que son ellos los que van a aplicarlo, y sobre ellos recae la responsabilidad de explicar al trabajador su retribución final.

No hay que confundir la equidad con la igualdad, que es característica del sistema público, en el que nuestros hospitales no son una excepción. En nuestro medio se incumple tanto la equidad interna como la externa. Se quebranta la equidad interna porque cobra lo mismo el profesional excelente que se dedica íntegramente al hospital que aquel otro cuya aportación es menor y que, en algunos casos, incluso debería ser rechazado por la propia organización. En cuanto a la equidad externa, dada las diferencias de rendimiento del personal sanitario es imposible generalizar, ya que hay profesionales mal pagados, sobre todo entre la élite de los médicos, pero también hay muchos trabajadores, sanitarios y no sanitarios, que están mejor pagados en los hospitales públicos que en los privados, especialmente si se tiene en cuenta no sólo la cantidad de dinero que se percibe, sino las horas reales de trabajo y la productividad, sobre la que se ejerce poco control en el sector público.

Por otra parte, hay que sopesar si nuestra organización está madura para un cambio de este tipo y si nuestros profesionales están dispuestos a pasar en un futuro a un sistema de retribución variable, en el que van a ser evaluados con arreglo a unos parámetros hasta ahora no utilizados y muy diferentes de los tradicionales.

Las retribuciones en el sistema sanitario

En una organización cuasi funcionarial como la nuestra, la antigüedad es el mayor valor, y aunque desde el punto de vista salarial su importancia ha ido disminuyendo en los últimos años, todavía es el factor que permite aspirar a los puestos más cómodos y a los horarios más idóneos para compatibilizar la vida familiar o la actividad privada.

Las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas han empezado a introducir diferencias en los salarios, que son mayores en las que llevan más tiempo transferidas. La Administración central ha dictado normas para mejorar económicamente las retribuciones en cada comunidad, sin que al parecer haya habido grandes contrapartidas en cuanto a la mejora del rendimiento y la productividad.

El pago por cartillas era la forma tradicional de pago a los antiguos «médicos de cupo», que cobraban en función de las cartillas, o familias asignadas, con unos topes correctivos en el número máximo de éstas. Con el nuevo modelo los médicos pasaron a ser asalariados fijos, pero con objeto de estimular la productividad se introdujo un complemento en función de algunas variables demográficas, como el número de cartillas, la edad de los usuarios y otras.

El pago por acto (lo que despectivamente se denomina «peonadas») es la actividad realizada fuera de la jornada laboral que supone *a priori* una medida de interés, ya que estimula la participación y la productividad. Ahora bien, como casi siempre ocurre en el sector público, una medida inicialmente válida se desvirtúa por las consecuencias negativas que acarrea: incremento artificial de la demanda, disminución del rendimiento en la jornada habitual, desvío de pacientes, etcétera. Sin embargo, ello no invalida la bondad de la medida cuando se aplica correctamente.

Las guardias médicas, retribuidas bajo el concepto de «complemento de atención continuada», constituyen uno de los aspectos de mayor interés, tanto retributivo como conceptual, cuando se aborda la situación de los facultativos en los hospitales. De hecho, el dimensionamiento de muchas plantillas se ha configurado en función de las guardias y no de la actividad habitual o principal del servicio o unidad. Este sobredimensionamiento se irá agravando si no se adoptan medidas estructurales de carácter global, pues en primer lugar la superespecialización en los hospitales terciarios obliga a aumentar tanto las guardias de «médicos normalmente especializados» en presencia física como las de superespecialistas de forma localizada; y en segundo lugar, «la libranza post-guardia» (el facultativo libra al día siguiente de hacer la guardia) supone un incremento implícito del salario, y la necesidad de aumentar las plantillas para realizar la actividad habitual. Cuando no se da este aumento, se disminuye la actividad, lo que puede ser muy llamativo en servicios como los de anestesia, e incide en cascada sobre el rendimiento quirúrgico, estancia media, coste por cama, etcétera. La retribución por guardias, al repercutir su prorrateo en las pagas de vacaciones y extraordinaria, pasa a representar una parte sustancial del sueldo de muchos facultativos, que naturalmente tienden a preservar y a justificar su necesidad.

Las guardias tienen efectos perversos sobre el funcionamiento normal del hospital. Un hospital es un centro en el que se trabaja las 24 horas del día, ese trabajo se debería llevar a cabo en un período más amplio que las 7 horas matinales en las que se concentra la mayoría del personal y de los pacientes, lo que convierte las 17 horas restantes en un intervalo de urgencia. Las guardias han creado dos tipos de facultativos: los que hacen guardias, con un salario generalmente superior y flexible, y los que no pueden hacerlas. Estos últimos reivindicaban la necesidad de las guardias o el aumento de su número en su unidad. Por otra parte, entre los facultativos que hacen guardias, aquellos que por su especialidad hacen guardias más duras, como urgencias, cuidados intensivos o anestesia, reivindican un aumento de sus retribuciones por este concepto.

El complemento de **productividad variable** representó un intento de incentivar a los que aportaban un mayor valor añadido al hospital, y en los hospitales en los que se aplicó correctamente

inauguró una «cultura de la diferencia». Sin embargo, la medida fracasó al carecer la mayoría de los hospitales de variables objetivas discriminativas relacionadas con el cumplimiento de objetivos y con el rendimiento. Este reparto, que además debía ser de conocimiento público, condujo a reacciones muy negativas por parte de muchos facultativos, que se sintieron discriminados. Dadas las consecuencias del mal reparto, el del año siguiente terminó siendo lineal debido a la presión de los sindicatos y grupos profesionales, que veían en esta medida una tentativa de diferenciar a los profesionales por su rendimiento. Al igual que ocurrió con la exclusividad, se invirtió una gran cantidad de dinero que terminó siendo distribuida linealmente y sin que se obtuviera ninguna contrapartida en cuanto a mejora de la organización o eficiencia productiva del sistema sanitario.

En los hospitales públicos con régimen laboral y que tienen sus propios convenios colectivos, la retribución y los conceptos retributivos son muy parecidos a los estatutarios por mimetismo; no obstante, existen diferencias, habitualmente al alza, ya que la influencia sindical y corporativa de los ayuntamientos, diputaciones y cabildos, de los que dependen esos hospitales, es mayor.

Los nuevos modelos de gestión permiten introducir algunas variaciones en la rigidez del modelo estatutario. Valga como ejemplo el sistema retributivo del Hospital de la Costa del Sol, donde el sueldo base está en función del grupo profesional (I al V), el complemento funcional depende del nivel funcional dentro del grupo y, además, existen incentivos con un rango porcentual diferente para cada nivel funcional (Tabla 7.7).

Retribución de los médicos

Se pueden establecer muchos modelos retributivos para los médicos. A continuación se describen algunos de los que se han propuesto en diversas instituciones.

Retribuciones ligadas a los resultados de los servicios

Este modelo se basa en el grado de cumplimiento de los objetivos del servicio que han sido previamente pactados con la dirección para el año. El 70% de los objetivos tiene carácter asistencial, el 20% docente y el 10% de investigación. Si los objetivos se

cumplen, el servicio dispone de un crédito, cuya cuantía está previamente establecida, para la financiación de proyectos que el hospital no haya financiado por la vía normal: cursos de formación, asistencia a congresos, compra de mobiliario, utensilios, libros o suscripciones a revistas, etcétera.

El desarrollo de la carrera profesional

El desarrollo de la carrera profesional no consiste en un proceso aislado a partir del cual se transforman las organizaciones, sino que debe ser una actividad planificada y organizada en continuo proceso de mejora, que reconoce a los profesionales como el recurso vital de la empresa y pretende que estén permanentemente integrados en la organización. El desarrollo de la carrera profesional no depende de una iniciativa aislada, sino que es el resultado de una maduración empresarial y va unido a las otras herramientas de gestión que estudiamos en este capítulo, como la selección, la formación o la gestión del rendimiento. No es de extrañar que su aplicación sea difícil si se entiende ésta como una pieza más de algo que no está todavía implementado en nuestro medio.

Las características de la carrera profesional deben abarcar tanto las necesidades estratégicas de la empresa como las necesidades de motivación del trabajador. Entre las primeras deberían figurar la cantidad y calidad de los profesionales que necesitará la empresa para abordar los proyectos futuros, teniendo en cuenta la adecuación de los profesionales actuales. ¿Qué habilidades, conocimientos y experiencias se necesitarán para responder a dichas exigencias? En cuanto a las segundas, se debería tender a la integración del profesional, su preparación, su satisfacción y su orientación hacia los objetivos de la empresa.

La gestión de la calidad total en la empresa no sólo está vinculada a la satisfacción del usuario, sino también a la del trabajador y a la eficiencia de la empresa, que de lo contrario no podría permanecer en el mercado (Fig. 7.10).

El desarrollo de la carrera profesional supone una inversión en formación y mejora a largo plazo que debe ser planteada desde la dirección. La dirección también tiene en sus manos la oportunidad

Tabla 7.7. Sistema retributivo del hospital de la Costa del Sol

Grupo profesional	Nivel funcional	Salario base	Complemento funcional	Nivel incent.
I	Facultativo (I-V). Téc. Superior (I-III).	El mismo para todo el grupo profesional.	Diferente según el nivel funcional.	20-28%
II	Enfermera (I-IV). Fisioterapeuta. Materna (I-II). Técnico de grado medio (I-III).			14-18%
				7-13%
				7-13%
III	Administrativo. Secretaria. Técnico especial.			12-16%
IV	Aux. de enfermería (I-III). Aux. administrativo. Telefonista.	7-13%		
		3-7%		
		3-7%		
V	Celador.	3-7%		

Fuente: Memoria del Hospital de la Costa del Sol.

de iniciar su desarrollo, pues si no se reúnen las condiciones de partida adecuadas podemos obtener más efectos negativos que beneficios. Dado que es difícil satisfacer a todos los grupos de profesionales que forman la empresa, se debe prestar una atención preferente a los profesionales más cualificados. El sistema sanitario no ha sido una excepción, y la carrera profesional se ha iniciado con el grupo de los médicos y con una estructura muy simple, a pesar de lo cual sólo ha podido ser implantada en algunas instituciones.

Como ya comentamos, el diseño de una carrera profesional extensiva a todos los miembros de una empresa es difícilmente abordable; por eso generalmente los esfuerzos se centran en aquellos puestos de trabajo que aportan un mayor valor añadido a la empresa, o bien en grupos de profesionales con características y problemas comunes.

En el primero de los casos están los programas de perfeccionamiento de directivos, que las empresas ya suelen tener estandarizados y donde se invierte mucho dinero, ya que este grupo es el que necesita una mayor motivación extrasalarial para mantenerse en la empresa. Por ello, es necesario diferenciar el diseño de la carrera profesional para empleados jóvenes, de mediana edad y mayores, pues cada grupo tendrá motivaciones diferentes.

La carrera profesional en nuestro sistema sanitario

La incentivación a largo plazo se basa en vincular la experiencia (asociada generalmente a la antigüedad), los conocimientos y la dedicación, con el ascenso de categoría. Esta posibilidad se ve favorecida con el crecimiento de la organización, cuya expansión permite que aumenten de las categorías profesionales que pueden ser ocupadas desde puestos inferiores.

En este sentido, la sanidad, cuenta con una organización que dificulta la carrera profesional por los siguientes motivos:

- Ha existido un crecimiento muy rápido durante los años 60-70; en aquella época todas las categorías fueron ocupadas por profesionales jóvenes de nuevo ingreso.
- Los salarios de los profesionales sanitarios que entran en el sistema en los niveles inferiores son muy elevados, lo que impide una elevación sustancial y diferencial de las retribuciones en las categorías superiores.
- En la organización no se ha generado una cultura de evaluación de los resultados, de modo que el único criterio objetivo es la antigüedad.

A pesar de estas circunstancias, en los últimos años hemos asistido a una eclosión de la implantación de la carrera

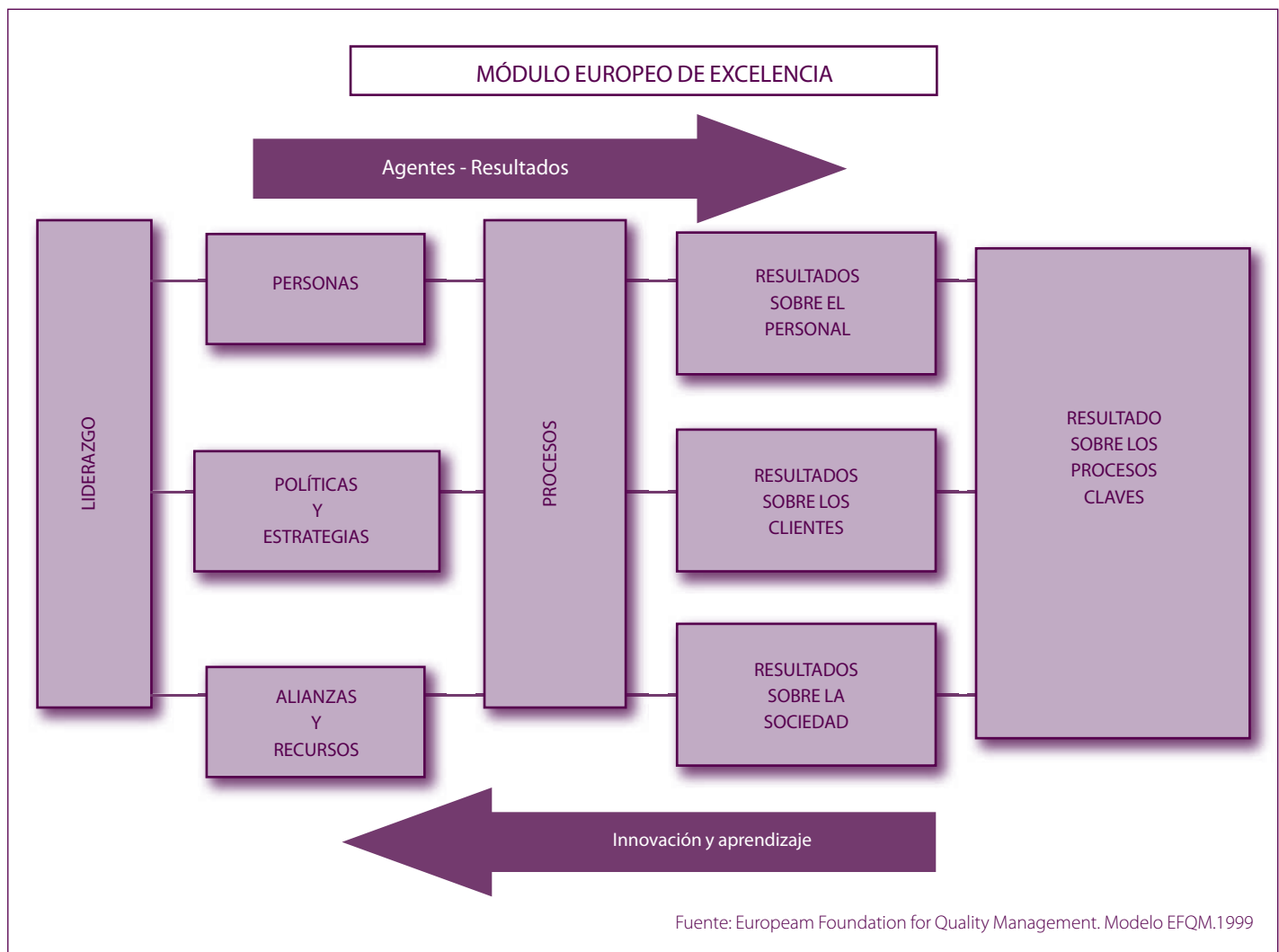


Figura 7.10. Modelo de calidad EFQM (1999).

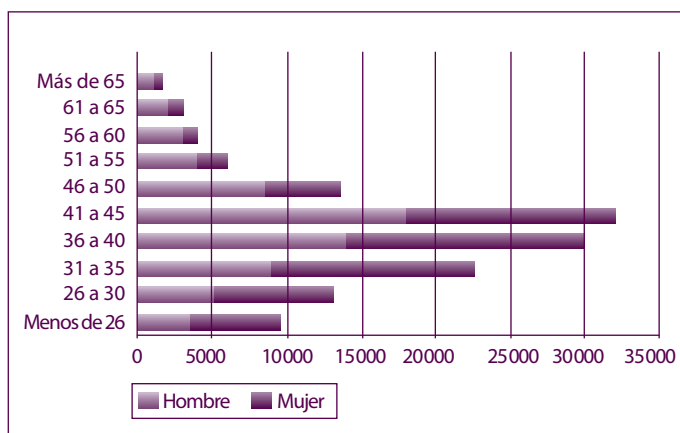


Figura 7.11. Pirámide de edad de los médicos en activo.

profesional en la mayoría de las comunidades autónomas, sin ninguna homologación por parte del Ministerio de Sanidad (aunque las diferencias entre comunidades son pequeñas, siguiendo el patrón clásico de emulación entre las comunidades autónomas). Al principio la carrera profesional se diseñó para el estamento médico, pero últimamente se ha extendido a los estamentos de enfermería y al personal no sanitario. Excepción hecha de algunos hospitales concretos, a los que nos referiremos más adelante, la implantación de la carrera profesional ha sido reciente, y por ello no tenemos la perspectiva necesaria para evaluar sus resultados no sólo en cuanto a satisfacción de los profesionales, sino en lo relativo al aumento de productividad y eficiencia de las organizaciones sanitarias. No obstante, ya se pueden prever algunos de los problemas que va a originar su implantación:

- No se podrá desarrollar una verdadera carrera profesional, con niveles y retribuciones idóneas, hasta que no se normalice la pirámide de edad de los facultativos, dado que en la actualidad la mayoría de los jefes tienen entre 45 y 55 años (Fig. 7.11).
- Habrá que afrontar la oposición de un grupo importante de profesionales, que consideran su posición en el hospital y no están dispuestos a correr ningún riesgo.
- Se deberían establecer criterios de evaluación lo más objetivos posibles, para lo cual cada facultativo debería saber qué espera de él su organización.
- Sería necesario homogeneizar los criterios de ascenso.

A continuación se exponen algunos modelos de carrera profesional implantados en nuestro país.

Modelo de desarrollo profesional de la Fundación Puigvert para facultativos

Es posiblemente el proyecto de desarrollo profesional más antiguo del país, ya que sus inicios datan de hace más de 30 años. La especialización de la Fundación, sus dimensiones y sus características empresariales han facilitado su implantación. Este sistema se basa en tres pilares:

- La implantación desde hace más de 30 años de un modelo de desarrollo profesional (MDP) por el que se evalúa anualmente el desempeño y los resultados.
- El desarrollo de un sistema de información integral.
- La implantación y negociación anual de objetivos.

Sobre estos tres pilares se fundamenta la carrera profesional. El proyecto prevé una duración total de la carrera de 35 años,

que divide en dos etapas: la etapa «junior», de 15 años de duración, y la etapa «senior», de 20 años de duración. Cada una de ellas se subdivide en dos niveles, por lo que al final se constituyen cuatro niveles, con una duración de 5 a 7 años el primero y 10 cada uno de los siguientes.

El paso de uno a otro nivel se realiza por evaluación permanente, mediante la función de la **valoración de méritos y actitud (VAMA)**, que es analizada en el Comité de Valoración (COVAMA).

La Fundación Puigvert engloba dos organizaciones: el IUNA (Instituto de Urología, Nefrología y Andrológica), que atiende a pacientes públicos y se financia a través de un concierto, y la CUNA (Clínica Uro-Negro-Andrológica), que atiende a pacientes privados (Tabla 7.8).

Carrera profesional para médicos del Hospital Clínico de Barcelona

El modelo de carrera profesional para médicos del Hospital Clínico de Barcelona se basa en:

- La separación de categorías y cargos.
- El carácter temporal y renovable de los cargos.
- La vinculación universitaria a categorías y no a cargos.
- La carrera profesional como único sistema de promoción.

En este modelo se establecen cuatro categorías:

- Especialista, equivalente al actual adjunto.
- Especialista senior.
- Consultor, equivalente al actual jefe de sección.
- Consultor senior, equivalente al actual jefe de servicio.

Se establecen además dos cargos:

- Jefe de sección.
- Jefe de servicio.

Existen unas condiciones de edad mínima y de años de permanencia, y unos requisitos de carácter asistencial, docente e investigador evaluados por el Comité de Promoción, que permiten el paso de una categoría a otra.

Tabla 7.8. Carrera profesional de la Fundación Puigvert

Fundación Puigvert	
IUNA	CUNA
Contrato laboral <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes del SNS • Organización jerarquizada • Relación paciente-equipo 	Contrato Mercantil <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes privados • Relación pacientes-médico
Listas de espera <ul style="list-style-type: none"> • Limitación de compra • Limitación de delegación 	No Listas de espera <ul style="list-style-type: none"> • No limitación de compra • No limitación de delegación
Crecimiento profesional <ul style="list-style-type: none"> • Gran actividad asistencial • Adquisición de experiencia • Adquisición de habilidades • Actualización de conocimientos 	Crecimiento profesional <ul style="list-style-type: none"> • Reversión de los adquiridos en la IUNA
Prestigio profesional	Remuneración monetaria

Fuente: Gerencia Fundación Puigvert.

Los cargos son nombrados por un comité de nombramientos y evaluación; se revalidan cada cuatro años en función del cumplimiento de los objetivos pactados en el momento del nombramiento. Para ocupar el cargo de jefe de sección se debe tener, como mínimo, la categoría de especialista senior, y para el cargo de jefe de servicio, la de consultor.

Durante el período transcurrido desde su implantación en 1996, hasta 1999, se han promocionado en un nivel el 71% de los candidatos, el 15% en dos niveles y un 14% se han quedado en el mismo. El porcentaje de reclamaciones fue del 3%.

Como modelo de carrera profesional de entre las propuestas por las comunidades autónomas expondremos el del **Servicio de Salud del País Vasco (Osakidetza)**.

Osakidetza ha venido diseñando desde 2003, con la participación de grupos de trabajo constituidos por profesionales de los distintos centros de la red, un modelo de desarrollo profesional. Este modelo fue presentado, negociado y discutido con los agentes sociales, y a raíz de ello se incorporaron diferentes alegaciones que mejoraban el texto. Concluido el proceso, se llegó a un documento definitivo, aprobado en el Consejo de Gobierno y puesto en marcha posteriormente.

Su ámbito de aplicación se extiende a todos los licenciados en especialidades sanitarias, incluidos los de cupo y zona y APD, tanto personal fijo como interinos, sustitutos y temporales, de la atención primaria y de la especializada. El nivel que alcancen los interinos, sustitutos y eventuales (en el que se considerarán los servicios prestados) será automáticamente reconocido cuando obtengan la plaza fija, y valorado como mérito en el proceso selectivo correspondiente a la OPE masiva convocada en 2005, que dio estabilidad en el empleo al 95% de nuestro personal.

Los facultativos que ocupen puestos de gestión (jefes de sección, de servicio y de departamento) podrán optar, voluntariamente, a la evaluación establecida para la gestión —basada en el cumplimiento de objetivos pactados— o a la correspondiente al desarrollo profesional.

El **comité de evaluación** estará formado por:

- El director-gerente de la organización de servicios, que actuará en calidad de presidente.
- El director médico.
- El director de personal.
- Un facultativo representante del Consejo Técnico.

- Un facultativo representante del personal.
- Un facultativo de la tipología profesional del evaluado.
- Un técnico de recursos humanos, quien asumirá la función de secretario.

Además, en el comité de evaluación para el nivel III participará también un facultativo de la sociedad científica regional correspondiente y, para el nivel IV, otro de la sociedad de ámbito nacional. Cada comité de evaluación podrá disponer, si lo cree conveniente, la incorporación de asesores especiales que colaboren con sus miembros.

Las convocatorias serán anuales. Los niveles serán consolidables con carácter general. Solamente ante situaciones excepcionales, por incumplimientos evidentes, previo expediente contradictorio y habiendo transcurrido al menos tres años desde que se obtuvo el nivel, éste podrá ser reevaluado.

Los criterios de evaluación se configuran en torno a tres bloques:

Bloque A: Actividad asistencial y dominio profesional.

Bloque B: Formación continuada, docencia y difusión del conocimiento e investigación.

Bloque C: Implicación y compromiso con la organización.

Las retribuciones anuales para cada nivel son las siguientes:

Nivel I: se retribuirá con 3000 euros.

Nivel II: 6000 euros.

Nivel III: 8000 euros.

Nivel IV: 11000 euros.

Los principales objetivos que persigue el sistema de desarrollo profesional son:

- Implicar a los profesionales y conseguir un alto grado de convergencia entre los objetivos de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y las expectativas de las personas, de forma que su perfeccionamiento profesional contribuya a mejorar la atención sanitaria.
- Promover una inclinación individual permanente hacia el perfeccionamiento profesional, ofreciendo a los profesionales responsabilidades más complejas y exigentes, con una perspectiva a medio y largo plazo.
- Reconocer la aportación específica de cada facultativo en ámbitos como:
 1. La mejora de la atención al paciente.
 2. La mejora de sus propias competencias y dominio profesional.
 3. La mejora en eficacia, eficiencia y calidad del servicio.
 4. Las aportaciones a la organización en términos de investigación, docencia y transmisión del conocimiento.
- Disponer de una herramienta valiosa para la gestión integrada de las personas, que permita orientar y orientarse a los profesionales en su propio desarrollo y según las necesidades futuras de la organización.

A partir del año 2005 se convocaron todos los niveles para profesionales con más de **16 años de antigüedad**, y durante el primer semestre de 2006, para el resto de los profesionales.

Al concluir este proceso los facultativos tendrán reconocidos sus respectivos niveles de desarrollo profesional y aplicados sus efectos retributivos, con lo que se cumplirá una de sus mayores aspiraciones.

Tabla 7.9. Requisitos de acceso y retribuciones

Nivel	Nomenclatura	Años de servicios prestados
Acceso	Especialista	Menos de 5 años
I	Especialista adjunto	5 años o más
II	Especialista senior	11 años o más
III	Consultor	18 años o más
IV	Consultor senior	25 años o más

Carrera profesional de enfermería propuesta por el Sindicato de Enfermería (SATSE)

Este modelo se aplicaría a todas las enfermeras y diplomados en Enfermería. Se establecen en él cuatro categorías:

- Categoría I.
- Categoría II.
- Categoría III.
- Consultor/a.

La forma de acceso consiste en un tiempo de permanencia en la categoría inmediatamente inferior (4.5 y 5 años, respectivamente) y una evaluación que en los tres primeros niveles estaría a cargo de una comisión evaluadora de ámbito autonómico y para el nivel de consultor, de ámbito nacional.

Los niveles tendrían diferente retribución, que debería ser establecida en las retribuciones del personal estatutario y en los convenios colectivos del personal laboral. Asimismo, se exigiría el nivel III para poder optar a puestos de coordinación y supervisión de las instituciones sanitarias.

Un magnífico resumen del estado actual de la carrera profesional en todas las comunidades autónomas se puede ver en www.diariomedico.com/profesion/img/cuadroprofesion.gif.

La formación continua de los profesionales

Las organizaciones sanitarias tienen unas características muy específicas en cuanto a la formación se refiere. Se trata de empresas de servicios, que realizan productos sofisticados en los que el conocimiento de sus profesionales es condición fundamental, y que además generan productos docentes y de investigación.

El hecho de ser una empresa de servicios determina la intervención y presencia del usuario en las actuaciones de sus profesionales; por ello, cualquier carencia en formación se hace inmediatamente evidente, lo que no ocurre en las empresas de producción de bienes, donde la mayoría de los fallos pueden ser resueltos sin que el cliente lo perciba cuando usa el producto.

La realización de productos sofisticados hace de nuestros hospitales empresas del conocimiento: su máximo valor competitivo consiste en saber cómo se hacen las cosas, y este valor radica en el núcleo operativo, y no el ápice estratégico. Además, al impartir docencia es lógico que la filosofía de la mejora a través del conocimiento impregne a la organización.

Generalmente se suele distinguir entre **la formación**, que se centra en dotar a los empleados de habilidades concretas, conservarlas actualizadas y ayudarles a que mantengan un rendimiento adecuado en sus puestos de trabajo, y **el perfeccionamiento**, que se orienta más a dotar a los trabajadores de habilidades quizá no directamente relacionadas con su puesto de trabajo, pero que necesitarán en el futuro si los objetivos estratégicos definidos por la dirección se cumplen.

Antes de abordar el programa de formación, el equipo directivo debe formularse algunas cuestiones sobre los objetivos prioritarios, la oportunidad de éstos, su realismo y la forma en que se van a evaluar sus resultados. Todo ello ha de estar en conexión con el plan de objetivos estratégicos y el presupuesto anual, en el que se deben aprobar los gastos correspondientes al programa de formación.

La gestión y evaluación de todo este proceso deben ser realizadas por el departamento de recursos humanos. En la selección de los cursos o actividades que se van a desarrollar han de participar intensamente los responsables de la línea de producción, que son los que realmente conocen las necesidades de los trabajadores, tanto las personales como las de sus puestos de trabajo; de esta forma se atenderá a la actualización de las técnicas y a los proyectos de carrera profesional de cada uno de ellos. La dirección tendrá que incluir los proyectos de carácter estratégicos y las deficiencias que se hayan detectado a través de las reclamaciones y sugerencias de los clientes y de los propios trabajadores.

Aunque algunos cursos, por sus características, tendrán que ser realizados fuera de la empresa, la mayoría deben ser efectuados en su sede para ahorrar tiempo y desplazamientos; por tanto habrá que prever las aulas necesarias, material docente, cafés en los intermedios, etc. Una ventaja de los cursos a los que asisten trabajadores de distintas unidades es que permite que se conozcan, lo que se traducirá después en una mejor coordinación global.

En las empresas privadas que tienen en marcha programas de incentiviación y carrera profesional, la formación supone un eslabón más de esta cadena y un estímulo, ya que se percibe como un medio de enriquecimiento de la persona. En nuestras empresas los motivos pueden ser diferentes: para algunos supone un estímulo personal y profesional, aunque de hecho no les sirva para progresar en la escala funcional, donde lo que realmente cuenta es la antigüedad; para el personal no fijo y para el fijo de las escalas más bajas supone «puntos» que les pueden permitir escalar puestos en las listas de contratación y acceder a uno mejor.

Desde el punto de vista técnico, el tipo de formación que requiere cada uno de los estamentos del hospital es muy diferente (médicos, enfermería, cocineros, electricista, etc.). Pero todos ellos necesitan una formación común que no se enseña en ninguna facultad ni escuela: la capacidad de comunicación con los clientes internos y externos, la cultura de la excelencia en el trabajo, la necesidad de convergencia entre los objetivos personales y los de la empresa, la lealtad hacia ésta, el trabajo en equipo, la creatividad en el desarrollo del trabajo, es decir, una serie de habilidades que pueden hacer de un trabajo rutinario una experiencia personal motivadora.

Es necesario aprovechar todas las oportunidades que se presenten para obtener financiación externa para los programas de formación: la colaboración con el Ministerio de Cultura para la obtención del título de Graduado Escolar de algunos de los trabajadores, los fondos europeos o el programa FORCEM en colaboración con los sindicatos.

La evaluación de los resultados es relativamente sencilla en los programas de formación en técnicas específicas, como ofimática, manejo de determinadas máquinas o idiomas. En cambio, es mucho más complejo evaluar cursos sobre comportamiento, calidad, ética, etcétera, aunque empiezan a ofrecerse herramientas para ello.

Los hospitales, y especialmente el personal sanitario, están inmersos en la docencia, ya que es una actividad que se ofrece en ellos: formación de los estudiantes de Ciencias de la Salud (licenciados, diplomados y formación profesional), formación de posgrado especializada (médicos, farmacéuticos, físicos, químicos, matronas, fisioterapeutas), etc. Pero, además de la formación reglada, el hospital es un medio permanente de trasvase de conocimientos «por ósmosis» entre todos sus trabajadores, y posiblemente ésta sea su mayor riqueza y su aportación como modelo empresarial, sólo equiparable a la de la Universidad, en la que, sin embargo, la docencia es mucho más unidireccional y formalista.

Estatuto marco y convenios colectivos

Estudiaremos conjuntamente estos documentos, puesto que en las empresas que aplican la legislación laboral, la relación entre la empresa y sus trabajadores se rige por el Estatuto de los Trabajadores y su convenio colectivo, mientras que el personal estatutario se rige por la Ley 55/ 2003 del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de Salud, pendiente aún de desarrollar en alguno de sus aspectos. El gran debate en torno a este nuevo estatuto se centra en la necesidad de aplicar o no el régimen laboral al personal estatutario para que las estructuras sanitarias pudieran producir con eficiencia los servicios sanitarios. No parece que ésta haya sido la idea de los redactores de la nueva ley, que en su capítulo primero reafirma la condición de funcionario del personal estatutario, si bien con las particularidades que entraña su dedicación a los servicios sanitarios. Ya en 1991 el «Informe Abril» proponía la «laboralización» progresiva y voluntaria del personal estatutario en los hospitales de

nueva construcción, respetando los derechos de los que la rechazaran. Pese a que algunos grupos de opinión sostienen que dentro del régimen estatutario se podrían alcanzar las condiciones para la diferenciación e incentivar que requiere una producción eficiente de los servicios, la opinión mayoritaria es que el régimen laboral es el idóneo para la contratación de los profesionales en el sistema sanitario. A pesar de ello, en la actual legislación se contemplan exclusivamente las figuras de personal estatutario fijo y personal estatutario temporal, sin que tenga cabida la contratación laboral, excepto para profesionales con especial responsabilidad en cargos directivos.

Este espíritu conservador se aprecia en la disposición adicional: «*El personal estatutario de los Servicios de Salud podrá acceder a puestos correspondientes a los grupos equivalentes de personal funcionario dentro de los servicios de las Administraciones Públicas, en la forma y con los requisitos que se prevean en las normas sobre Función Pública aplicables*».

Tabla 7.10. Comparativa de los derechos laborales de los trabajadores. Servicio Canario de Salud y H. Universitario de Canarias

Conceptos	Días	
	Servicio Canario de Salud	Hospital Universitario de Canarias
Matrimonio	15	16
Nacimiento de hijo	3	5
Fallecimiento de familiar en primer grado	3	5
Fallecimiento de familiar en segundo grado	1	5
Fallecimiento de familiar en tercer grado	0	2
Enfermedad grave de un familiar	3	2 – 10
Traslado de domicilio	1	4
Días de convenio	0	6
Festivos/T. rotatorios	S/Necesidades servicio	14
Guarderías	No	Sí
Comedor	No	Sí
Gratificación por jubilación anticipada	0	De 6 a 12 mensualidades
Edad de jubilación	65	64
Serv. médico empresa	No	Sí
Seguro de responsabilidad civil	No	Sí
Póliza de invalidez	No	1 a 2 millones Pts
Uniforme	Sin obligatoriedad anual	2 uniformes/año
Plan de formación	Muy limitado	Amplio
Oferta de empleo fijo (1998–1999)	No	439 Plazas
Jornada laboral	Según turno	35 horas/semana
Reincorporación por privación de libertad	No	Sí
Revisiones médicas	Irregulares	Anuales obligatorias
Excedencias	Con 2 años de antigüedad	Con un año de antigüedad
Traslados entre servicios y centros sanitarios	Difícil	Anual por convenio

En lo relativo a las retribuciones (la necesidad de crear más niveles, de que cada nivel pueda tener un amplio abanico de retribuciones, que se puedan diferenciar sustancialmente por su rendimiento y que puedan variar entre unas organizaciones y otras), el nuevo estatuto sigue las mismas pautas funcionariales que el anterior, excepto en que una parte del sueldo, la no básica, puede ser diferente en cada comunidad autónoma y puede variar en función de la realización de tareas y el cumplimiento de objetivos, si bien las retribuciones básicas (sueldo, trienios y pagas extraordinarias) siguen siendo iguales en todo el país.

Aunque el aspecto más importante del estatuto se refiere a las relaciones laborales, tampoco los aspectos relativos a la definición de puestos de trabajo, las estrategias, los organigramas y otros se han desarrollado en consonancia con las peticiones de los diversos grupos de opinión la única posibilidad de progreso organizativo que permite es la que ya se está aplicando de forma selectiva: acudir a otras formas de organización que bordean el Derecho administrativo.

De lo expuesto hasta aquí parecería desprenderse que la laboralización del personal es la panacea que va a solucionar todos nuestros problemas. Nada más lejos de la realidad: este cambio supondrá una transformación real en nuestras instituciones, sólo si facilita que una gran parte de los profesionales sean capaces de ilusionarse con un proyecto empresarial y propio de futuro. Por ello, es preciso actuar a través de la convicción y no de la imposición. El mal no está en las personas, sino en el desarrollo de una cultura «funcionarial» que incapacita a una organización para desarrollar políticas de recursos humanos creativas e innovadoras. De hecho, el comportamiento del personal laboral de las instituciones públicas está más próximo al del funcionario que al del trabajador laboral de una empresa privada.

Existen empresas sanitarias públicas (diputaciones, cabildos, ayuntamientos, mutuas) cuyo personal es laboral, sin que en la mayoría de las ocasiones se aprecien grandes diferencias con respecto a las organizaciones sanitarias públicas de su entorno que tiene personal estatutario, ya que el peso de estas instituciones es tal que condicionan los convenios colectivos, que suelen ser calcos de los estatutos.

A continuación mostramos una tabla comparativa de los derechos laborales de los trabajadores de dos organismos sanitarios públicos, uno con régimen estatutario (Servicio Canario de Salud) y otro con régimen laboral. Como puede observarse, no parece que el personal estatutario tenga excesivas ventajas sobre el laboral (Tabla 7.10).

Sin embargo, sí existe una gran diferencia en las condiciones de trabajo recogidas en los convenios colectivos de los hospitales privados (número de horas de trabajo, control horario, permisos, etc.), ya que son los propios trabajadores y sus representantes sindicales los que presionan durante la negociación de los convenios para alcanzar las mejores condiciones posibles, pero **compatibles con la existencia de la empresa**, aspecto éste absolutamente crucial y que en la empresa pública se desdén, ya que se da por sentado que un hospital público no se puede cerrar.

La negociación del convenio colectivo, junto a la de los presupuestos, constituye una de las acciones tácticas más importantes del equipo directivo de un hospital, y dentro de éste afecta directamente a la dirección de recursos humanos. Sin embargo, paradójicamente en la dinámica de muchos equipos directivos de hospitales públicos, la negociación del convenio

no existe, y la de los presupuestos tiene un carácter más testimonial que de supervivencia de la empresa.

La negociación del convenio suele ser un motivo de crisis entre los representantes sindicales y el equipo directivo, que en las empresas privadas se resuelve generalmente mediante las máximas contraprestaciones compatibles con las necesidades competitivas de la empresa. En la empresa pública esa limitación no suele existir y la negociación del convenio se convierte en una batalla cuyo resultado casi siempre dilucidan los políticos según el momento electoral en el que se encuentren, con independencia de que los efectos derivados del convenio pongan en peligro el ajuste económico ya previsto o de que, si la batalla ha sido muy dura, suponga tarde o temprano el cese del gerente.

No existen recetas para llevar adelante la negociación de un convenio. No obstante, en *Training and Development* Adler, Rosen y Silverstein dan algunos consejos que naturalmente habrá que adaptar a cada entorno, al riesgo que queramos asumir y a nuestra experiencia como interlocutores.

La acción sindical en el sistema sanitario público

La acción sindical nace por la necesidad de defender las reivindicaciones de los trabajadores frente a los propietarios en los albores de la era industrial. En sus orígenes, un sindicato era una agrupación de trabajadores con intereses similares que luchaban contra las condiciones extremadamente duras de entorno, horarios, etcétera, además de la perenne amenaza de la pérdida de sus puestos de trabajo, que imponían los propietarios de las fábricas.

Gracias al esfuerzo de las personas que constituyeron estas agrupaciones, en Europa se ha alcanzado un bienestar social jamás logrado antes por ninguna otra sociedad.

Sin embargo, la evolución de las organizaciones empresariales de producción de bienes hacia empresas de producción de servicios, la mayor cualificación de los trabajadores en este tipo de empresas, las implicaciones políticas y una cierta profesionalización de la actividad sindical han hecho que lo que era un medio para conseguir unos resultados, se haya convertido, en muchas ocasiones, en un fin en sí mismo.

En este apartado nos referiremos exclusivamente a la acción sindical en las organizaciones sanitarias de nuestro país, y en particular a las organizaciones sanitarias públicas.

En primer lugar, es preciso distinguir claramente el diferente comportamiento de los sindicatos en las empresas públicas y en las privadas. En estas últimas se suele llegar a acuerdos con los propietarios, ya que unas pretensiones excesivas por parte sindical podrían llevar a la empresa a la quiebra, lo que representaría el despido de los trabajadores a los que dichos sindicatos representan. En las empresas públicas la actuación de los sindicatos es radicalmente distinta al ser imposible la quiebra y tener los trabajadores sus puestos de trabajo garantizados a perpetuidad. Además, en este caso los sindicatos ejercen su presión sobre los políticos, mucho más susceptibles a ella que los propietarios de las empresas, y no existen sin unos límites económicos claros para la negociación.

En las organizaciones sanitarias públicas se dan, además, una serie de peculiaridades que deben tenerse en cuenta:

- Existen dos tipos de sindicatos claramente diferenciados: los sindicatos de clase, principalmente UGT y CCOO a nivel nacional y otros sindicatos de ámbito autonómico, que agrupan a los profesionales sanitarios menos cualificados; y los sindicatos profesionales, que agrupan a médicos (CEMS) y personal de enfermería (SATSE), cada uno con unos intereses propios y muchas veces no coincidentes.
- El porcentaje de trabajadores de hospital afiliados a algún sindicato es bajo, así como su participación en las votaciones para la elección de sus representantes.
- Los profesionales de más prestigio no suelen estar comprometidos con los sindicatos.

La acción sindical

No es extraño que en estas circunstancias, y en unas empresas, como las públicas, donde no existen unas estrategias claras de futuro, la acción sindical se limite a aquellas cuestiones más inmediatas y de las que pueda obtenerse algún resultado visible, como los reglamentos y las retribuciones. Por ello, sus planteamientos más relevantes se centran en los siguientes aspectos:

Los salarios

Los planteamientos sindicales en este terreno son muy sencillos: aumentar siempre el salario de forma lineal. La linealidad del aumento es un criterio defendido tradicionalmente por los sindicatos, que esgrimen como argumento la arbitrariedad de los evaluadores cuando se ha planeado algún proceso de diferenciación en función de los resultados, dedicación, etcétera, aunque realmente lo que subyace es el temor de que la diferenciación entre los profesionales, basada en el rendimiento pueda limitar la influencia de la acción sindical. Sin embargo, la linealidad es una característica que se opone a la inclinación humana y, por tanto, la posición de las personas en las organizaciones, especialmente a la de aquellas que les aportan mayor valor.

Las retribuciones son posiblemente el principal incentivo común para todos los profesionales, sobre todo para los profesionales menos cualificados. De que su distribución sea adecuada dependerá la impresión de equidad que los trabajadores tengan de la empresa y por consiguiente la impresión de pertenecer a ella. Éste es probablemente el principal problema no sólo del sistema sanitario público, sino de toda la empresa pública en general.

La promoción y el desarrollo profesional

Históricamente la posición de los sindicatos se ha basado en la defensa de la promoción vertical de los trabajadores, lo cual implica obtener titulaciones de superior categoría, muchas veces fuera del alcance de determinados colectivos, especialmente de los inferiores. Las reivindicaciones de cambios de categorías suelen extenderse a grupos enteros, como ocurre con la reivindicación de que los auxiliares de enfermería sean incluidos en la categoría de técnicos especialistas.

La promoción horizontal no ha sido reivindicada posiblemente porque supondría una ampliación de las funciones que debe realizar el trabajador, lo cual implicaría flexibilidad y desdibujaría los límites de unos puestos de trabajo que deberían

estar perfectamente descritos según las pautas funcionariales de nuestras instituciones.

Durante los últimos años se han desarrollado algunos modelos de carrera profesional, principalmente para los médicos, y en muy pocas comunidades autónomas, para las enfermeras y otros colectivos. Sin embargo, todavía no existen resultados reales de su implantación. En la mayoría de estos modelos, con el consenso de los sindicatos, la variable fundamental de promoción es la antigüedad.

La organización del trabajo

Éste es uno de los factores que genera mayor número de críticas y quejas por parte de los sindicatos. El trabajo en un hospital tiene aspectos duros, como los turnos de trabajo, las guardias, etcétera, que no han sido revisados por los gestores a medida que iban cambiando las condiciones del entorno; de hecho, nuestra organización es prácticamente la misma que hace veinte años.

Pese a que son muchas las condiciones que podrían ser objeto de discusión, en general las propuestas sindicales se centran más en incrementar el igualitarismo. El lema «A igual trabajo (si se apura, a igual horario de trabajo), igual remuneración» bloquea negociaciones que permitirían el enriquecimiento organizativo sobre la base de la equidad, hacia la diferenciación de procesos y persona. Ahora bien, dado que cada comunidad autónoma, cada hospital, cada servicio son diferentes de los demás, parecería razonable que, dentro de un amplio marco de procedimientos comunes, cada unidad negociara con sus directivos la fórmula más idónea para lograr los objetivos de la empresa, que naturalmente deben ser los de sus clientes.

La relación con los directivos

Los directivos sanitarios, y particularmente de los hospitales, desempeñan su trabajo en unas condiciones muy críticas, de modo que no es raro que todas las quejas de los trabajadores y de los sindicatos vayan a parar a ellos. Pero los directivos de los hospitales no tienen poder para resolver la mayoría de los problemas de toda índole que padecen sus centros, problemas que a menudo son estructurales y de gran calado político, y los sindicatos son conscientes de ello. Por tanto, las soluciones, si es que existieran, vendrían desde arriba, del diálogo entre las estructuras políticas y sindicales centrales, con una visión más política que laboral. Este panorama hace que la relación entre directivos y sindicatos locales quede limitada a la resolución de los pequeños problemas cotidianos, que deberían solventarse en el ámbito de la unidad de producción entre los propios profesionales y sus supervisores.

A ello se le añade la falta de formación en gestión y capacidad de comunicación de muchos cuadros directivos de los hospitales, elegidos por voluntarismo o por afinidad política más que por su preparación para gestionar estas complejas organizaciones.

Cuando en un hospital público se instaura un equipo directivo formado y con objetivos estratégicos y tácticos claramente definidos hacia el cliente, sus criterios chocan frontalmente con la postura sindical, que invariablemente está orientada hacia las funciones, cuanto más definidas mejor. Esta postura entra en colisión con los criterios, definidos por el equipo directivo, de flexibilidad, manejo de la incertidumbre, gestión por procesos o ampliación horizontal y vertical del puesto de trabajo.

Movilidad laboral

Los dos aspectos que hacen más atractivo el puesto de trabajo en la Administración pública son la seguridad en el empleo y la movilidad voluntaria de los funcionarios. Esta mentalidad se ha trasladado a las organizaciones sanitarias y a sus sindicatos, que defienden la movilidad voluntaria sin cortapisas y ponen grandes trabas a los traslados forzosos. Esto, que humanamente es comprensible, es incompatible con una empresa que requiera una gran flexibilidad en el manejo de los recursos humanos, como es la sanitaria. La movilidad interna tomando como único criterio la antigüedad lleva a acumular en las áreas más cómodas (horarios fijos de mañana) a personal prejubilado con poca motivación. Se crea así una situación quizá cómoda para el personal, pero incompatible con las necesidades de una empresa eficiente.

La estabilidad en el empleo

En muchas instituciones públicas la estabilidad laboral es casi absoluta. Sin embargo, existe un gran número de profesionales que trabajan en los hospitales nuevos como interinos y eventuales. La mayoría de estos profesionales no tienen estos contratos por causas coyunturales sino estructurales. Mantener esta estructura de personal crea más problemas que no son contrarrestados por la ventaja que podría suponer su temporalidad.

Ante la imposibilidad de introducir reformas que permitan flexibilidad en el sector del personal estatutario, en los hospitales de nueva construcción se están implantando modelos organizativos distintos, como fundaciones, empresas públicas, organismos autónomos, consorcios y otros, que permitan contrarrestar a los trabajadores en régimen laboral. Estos modelos no resuelven todos los problemas; es más existen numerosos ejemplos de hospitales en los que las relaciones laborales calcan las condiciones del personal estatutario. Los sindicatos no son partidarios de que proliferen estos nuevos modelos de gestión, pese a que en algunos casos han demostrado mayor eficiencia y, por ende, han creado mejores condiciones económicas y laborales para sus trabajadores.

Mirando hacia el futuro

A pesar de las dificultades que tradicionalmente han existido en las relaciones entre las direcciones de los hospitales y los sindicatos (cuyos problemas genéricos hemos descrito, y que se han traducido en que la mayoría de los directivos de las organizaciones sanitarias públicas hayan percibido a los sindicatos como un elemento hostil más que como una ayuda a la gestión) dichas relaciones han ido mejorando con el tiempo, y han pasado desde unas posturas cuasi políticas antagónicas a posiciones sindicales más tolerantes y cercanas a los objetivos del hospital y a los intereses laborales de los trabajadores.

En este sentido, en España la convergencia con Europa ayudará a homogeneizar las posturas sindicales encauzándolas hacia la ayuda a las direcciones de los hospitales. Esta convergencia tendrá lugar en un marco de competencia, en el que el primer objetivo de cualquier empresa, sea pública o privada, será su supervivencia. La supervivencia será condición necesaria, aunque no suficiente, para asegurar los puestos de trabajo y la mejora de las condiciones económicas y laborales de los trabajadores, y esta mejora se hará de forma no lineal en función de su aportación a la consecución de los objetivos de la empresa, de sus clientes, que necesariamente deberán confluir con los de sus profesionales.

Potencialidades para el cambio

Al principio de este capítulo vimos cómo deberían ser las organizaciones sanitarias del futuro y lo lejos que estaban nuestras organizaciones de alcanzar esta meta. Vimos también la necesidad de adaptar las peculiaridades de nuestra organización a los procedimientos, no siempre extrapolables, de las empresas de producción de bienes.

En este último apartado, y como mensaje esperanzador para aquellos que creen en la potencialidad de nuestros profesionales, vamos a pasar revista a algunos hechos que se han producido en los últimos años y que anuncian el «**gran cambio**» que necesita nuestro sistema sanitario.

El factor principal con el que contamos es la **unanimidad sobre la configuración de nuestro sistema sanitario como un Sistema Nacional de Salud** equitativo, accesible y financiado con fondos públicos. Las divergencias comienzan aquí, y esto es muy importante, porque no estamos discutiendo lo fundamental, sino un elemento accesorio aunque importante.

Nos limitaremos a mencionar aquellos hechos que van a orientar hacia la eficiencia la provisión de servicios, y más concretamente cómo intervienen en ellos la mejora de la gestión de los recursos humanos, eje sobre el que giran los demás elementos de la organización.

Los cambios que deberían producirse en diferentes niveles se muestran en la Tabla 7.11.

Las potencialidades para el cambio son:

- La convicción de los políticos sanitarios acerca de la necesidad del cambio.

Empieza a haber un mensaje común entre los políticos del sector sanitario, que desgraciadamente contrasta con el lenguaje de los políticos de otras áreas de la Administración, tanto central como autonómica, centrado en la necesidad de un cambio en las formas de provisión de los servicios. Un síntoma claro de esta tendencia es el abandono del Derecho administrativo para crear formas organizacionales que, siendo compatibles con la legislación vigente, permitan una mayor flexibilidad. Estos modelos, cada vez más atrevidos, se inauguraron en 1984 con las fundaciones, y han llegado a fórmulas como la concesión administrativa, donde se traspasa el riesgo al proveedor del servicio, que en casos como el del Hospital de la Ribera de Alzira es un proveedor privado que basa la supervivencia de su empresa en su eficiencia.

Pero aunque la aspiración de las personas que han dirigido nuestro sistema sanitario durante los últimos 20 años se mueve

Tabla 7.11. Cambios en el Sistema sanitario

A nivel <i>Macro</i>	Cambios legislativos a nivel estatal. Cambios legislativos a nivel autonómico.
A nivel <i>Meso</i>	Cambios organizativos en las organizaciones sanitarias (hospitales, etc.).
A nivel <i>Micro</i>	Cambios a nivel de las unidades de atención directa al cliente (externo e interno).

en esta línea, no parece que sean tan optimistas en cuanto a la posibilidad de lograr dichos objetivos, tal como refleja el estudio Delphi realizado en 2006.

- Tenemos directivos y mandos intermedios preparados para el cambio.

Uno de los grandes problemas que ha existido en el sistema a lo largo de estos últimos 10 años, ha sido la falta de directivos cualificados para llevar a cabo el cambio. Las primeras experiencias demostraron que la importación de directivos formados en otras empresas no era un sistema idóneo, porque no eran lo suficientemente flexibles para manejar los hospitales. Por ello, ha habido que formar dentro de nuestras organizaciones una nueva generación de directivos que con formación empresarial y entusiasmo han ido llevando a cabo reformas, menores si se quiere, en organizaciones cuasi inamovibles pero que han evolucionado mucho más rápidamente que otras instituciones públicas como la universidad o la justicia. Una prueba de la eficiencia de algunos de estos directivos formados en el sector público es la fuga que se está produciendo hacia el sector sanitario privado, que les ofrece proyectos más realistas y mejores condiciones retributivas. Un camino paralelo es el que recorren los mandos intermedios, que han dejado de ser capataces controladores para convertirse en la conexión entre la dirección y la línea de producción, y el vehículo de comunicación con los trabajadores. Ésta es una potencialidad que habría que estimular, sobre todo por parte de los responsables políticos, para diferenciar el escalón político del gestor y no asistir al lamentable espectáculo de los ceses de gerentes sin aparente motivo (salvo que lo sean la disidencia política o el enfrentamiento con los sindicatos).

- Se han reforzado las direcciones de recursos humanos.

En el organigrama oficial de los hospitales no existía una dirección de recursos humanos como tal, sino una unidad administrativa que se ocupaba del control de las contrataciones y de que la nómina «saliera» en tiempo y forma. La mayoría de las cuestiones se definían en los organismos centrales del Insalud o las comunidades autónomas. Ahora, casi todos los hospitales cuentan con una dirección de recursos humanos, cuya importancia se ha hecho patente en un sentido: como generadora de la mayor parte de los problemas del hospital, si la vemos desde un punto de vista negativo, y como impulsora de la cultura estratégica de la dirección, a través de la comunicación con los profesionales, si la medimos positivamente. Las modernas direcciones de recursos humanos son una amalgama de diferentes profesionales (abogados, psicólogos, informáticos y administrativos), que trabajan en equipo para realizar un

sinfin de funciones, como hemos ido estudiando a lo largo de este capítulo.

- Tenemos unos profesionales preparados para el cambio.

El médico, que es el protagonista principal del sistema sanitario, está educado para el trabajo en equipo, la eficiencia técnica y la autonomía de las unidades. Estas características se han ido desdibujando en el entorno público, pero se revitalizan cuando se crean condiciones para desarrollarlas, como ocurre en el ejercicio privado de la medicina, donde los médicos sobresalen por aquellas virtudes que queremos implantar en nuestros hospitales: comunicación con los usuarios, concepto de cliente, eficiencia en la producción de los servicios, reclutamiento de profesionales excelentes, trabajo en equipos multidisciplinarios o capacidad de compartir espacios e instrumentos.

Estamos seguros de que si ofrecemos a estos profesionales las condiciones adecuadas para ejercer en una organización excelente del conocimiento, no sólo cumplirán con sus cometidos sino que la enriquecerán con sus aportaciones. Una vez logrado el armazón básico con la participación entusiasta de los médicos, la integración del resto de los profesionales se producirá de forma natural, y se llegará a organizaciones sanitarias en las que todos los profesionales pongan su inteligencia a disposición de la empresa.

- Apoyo de los usuarios.

La cultura mediterránea no se ha caracterizado por el impulso de la sociedad civil, como ocurre en los países anglosajones. Sin embargo, a partir del desarrollo de la sociedad del bienestar, se ha avanzado en la defensa de la sanidad por parte de los ciudadanos, que son quienes la pagan, trasladando así a los políticos valores que de otra forma hubieran quedado en segundo plano. Cada día es más patente la presencia de asociaciones de defensa de la sanidad en sus más diversas vertientes. Estas asociaciones presionarán cada vez más para obtener más servicios del sistema sanitario, y para que la producción de estos servicios se haga con eficiencia, y como estos servicios se sufragan con los impuestos de todos los ciudadanos, deben realizarse con absoluta eficiencia, ya que de lo contrario se está dilapidando el dinero público.

Al personal sanitario, y especialmente a los médicos, se les va a exigir en el futuro competencias mucho más complejas que las meramente técnicas que hoy enseñan en nuestras facultades. Así pues, debemos prepararlos y prepararnos para ser, en un futuro que ya tenemos cerca, comunicadores sociales, gestores del conocimiento y directivos.

Lecturas recomendadas

10 Anys de Servei. Consorci Hospitalari del Parc Tauli. 1996.

Accidentabilidad laboral en el H.U.C. 1994-1998.

Adler R, Rosen B, Silverstein E. *El arte de una Negociación dura. Training and development*. American Society of Training and Development. Marzo, 1996.

Amgen S.A. y Antares-Consulting S.A. La innovación en la Gestión Hospitalaria. Informe 2004. www.angen.es y www.atares-consulting.com.

Análisis de la posición de los gerentes de los grandes hospitales. Encuesta de la Sociedad Española de Directores y Gerentes de Hospitales. S.E.D.G.H. 2003. Hospital Juan Canalejo. La Coruña. J. Carames.

Análisis del perfil profesional de los directivos sanitarios. Encuesta de la Sociedad Española de Directivos de la Salud. S.E.D.I.S.A. www.sedisa.net. 2005. M.A. Ortiz Valdivielso.

Análisis prospectivo Delphi. *Desarrollo y Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud Descentralizado*. Fundación Salud, Innovación y Sociedad, 2005.

- Arruñada, B. *Diseño organizativo y Gestión del personal de la Sanidad Pública*. XIV Jornadas de Economía de la Salud. Santiago de Compostela. Junio, 1994.
- Arruñada B. *La política de personal en la Sanidad Pública. ¿Flexibilidad sin control ni medicina?* Revista de Administración sanitaria. Vol III, 12, 1999.
- Asenjo MA. Personal Sanitario: Número y retribuciones. *Todo Hospital* 2003; 200:601-605.
- Bases específicas para la convocatoria de la Oferta de Empleo Público 1998 y 1999. Enero 2000.
- Blanchard K *et al.* *El Empowerment*. Ediciones Deusto, 1996.
- Blendon RJ, Jovell AJ *et al.* *Confianza en el Sistema Nacional de Salud*. Resultado del Estudio Español, 20 Abril 2006. www.diariomedico.com.
- Borrador del Estatuto Marco del Personal estatutario de los Servicios de Salud. 1999.
- Bustillo C. *Modelos de estructuras de Remuneración* TEA. Cegos.
- Carrera Profesional propuesta por la XHUP.
- Convenio Colectivo 1996-1998 para los establecimientos sanitarios de hospitalización, asistencia sanitaria, consultas y laboratorios de análisis clínicos de la Comunidad de Madrid.
- Convenio Colectivo del Organismo Autónomo de Gestión de los Hospitales del Cabildo de Tenerife. 1996-1997.
- Del Llano *et al.* Médicos, incentivos y desarrollo profesional. *Gestión Hospitalaria* 2003; 14: 63-68.
- Domínguez ME. Cien conceptos claves de 100 años de Gestión de los Recursos Humanos. *Capital Humano* 1999, 128.
- Estudio de los Recursos Humanos: La enfermería en Cataluña. Unió Catalana d'Hospitals, 1990.
- Estatutos del Organismo Autónomo de Gestión de los Hospitales del cabildo de Tenerife. 1990.
- Extracto del B.O.E. de 15 de diciembre de 1976. Anexo I: Categorías profesionales. Anexo II: Tablas de Salarios bases.
- Funchc V. *Who shall live? Health Economic and Social Choice*. New York, Basic. Book, Inc. Publisher, 1974.
- Funciones del Jefe de Sección (definición del puesto de trabajo) en el H.U.C.
- Funciones (definición del puesto de trabajo) del Jefe de Unidad de Enfermería del H.U.C.
- Fundación BBV. *La formación de los profesionales de la salud*. 1999.
- Gil Vega JM. *Diez errores en la gestión de los Recursos Humanos: Innovación y Nuevas Tendencias*. *Capital Humano*. 130. Febrero, 2000.
- IMETISA. Memoria 1998.
- Incentivos del Programa de Extracción y Trasplantes de órganos del H.U.C. (Decreto Gerencia 768/99).
- Inventario de prácticas de liderazgo*. The Washington Quality Group, 2000.
- Isla, A. *El mañana del capital humano. Nuevas perspectivas en la gestión Estratégica de los recursos humanos en organizaciones sanitarias*. Escuela Andaluza de Salud. Documento técnico nº 15. 1999.
- Incentivos para los Programas de Tarde en el H.U.C (Decreto 525/99).
- Jolly D. *L'hospital au XXI Siecle*. París, Ed. Economic, 1994.
- Jovell AJ. *El futuro de la profesión Médica*. Fundación Biblioteca Joseph Laporte, 2001.
- Jovell AJ. *Enre@dos en el Caos: Gestión Digital del conocimiento en Salud pública*. *Gaceta Sanitaria*, 13, nº 6, 1999.
- Kwon S. Structure of financial incentive systems for providers in managed care plans. *Med Care Rev* 1996;53: 149-161.
- La Evaluación del desempeño. Hospital Universitario de Canarias. Dirección de Personal: Selección y Formación. 1998.
- La modernización de la sanidad pública en el mundo*. Madrid Arthur Andersen, 1997.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Magnus S. *Physician's financial incentives in five dimension's: A conceptual framework for H.M.O. managers*. *Health Care Management Rev* 1999;24: 57-72.
- Manual de acogida al trabajador. H.U.C. 1999.
- Mintzberg H. *La estructuración de las Organizaciones*. Barcelona, Ariel Economía, 1995.
- Model de desenvolupament professional del facultatiu a la Fundacio Pui-gvert. *Butlletí de la Unió Catalana d'Hospitals*. Setembre 1998.
- Model de desenvolupament professional per a llicenciat superiors assistencials de l'hospital General de Granollers. 1999.
- Morre *et al.* *La sanidad en el tercer milenio*. Andersen Consulting, 1996.
- Osakidetza. *Manual de evaluación y mejora de la satisfacción de las personas en las organizaciones de servicios*. Servicio Vasco de Salud, 2001.
- Pombo J. *La selección de personal de la Fundación Hospital de Alcorcón*. *Capital Humano*. Nov. 1998.
- Rodríguez M. Scheffler RM y Equew JD. *Un update on Spain's Health Care System*. *Health Policy* 2000; 51: 109-131.
- SATSE. *Carrera Profesional de la Enfermería*. 2ª ed. 1996.
- Seminari: Nous Models de retribució: El Pla de compensació flexible (PCF). Fundació Politècnica de Catalunya. Barcelona. Mayo, 2002.
- Serra de la Figuera, D. *Métodos cuantitativos para la toma de decisiones (Con aplicación al ámbito sanitario)*. Fundación BBV, 1999.
- SIMEG. Sindicato Médico de Granada. Estudio Comparativo del salario médico en España. 2004. www.simeg.org.
- Sistema D.N.L: A.(Descubrimiento de las Aptitudes Naturales Latentes): Introducción, cuadernillo de preguntas, perfil profesional de la enfermera y de la matrona. Perfil profesional del titulado superior. Descripción y valoración de un candidato concreto.
- Situación de los Profesionales*. Hospital Costa del Sol de Marbella. Memoria 1998.
- Stein G. La ventaja competitiva sostenible: Dirigir personas a través de los cambios. *Harvard Deusto Business Review* 2004; 60-71.
- Tea Cegos. *Evaluación Feed Back 360°*. 1999.
- V Conveni Col.lectiu dels Hospital Cocertats de la XHUP. Diciembre 1998.
- Valcarce BG, Villalobos J. *Indicadores de actividad y costes en los hospitales españoles*. *Hacienda Pública Española*. Monografía 1993;24:127-141.
- Valoración de las cargas de trabajo en el personal de enfermería del H.U.C
- Vargas GA. *Principios de gestión de RRHH y Sistemas de Trabajo*. Instituto de Empresa. Junio, 1999.
- Villalobos J. La Necesaria Covergencia de Intereses. *Gestión Hospitalaria* 2004;15:70-75.
- Williams M, Valcarcel JM. *El feed back de 360° y el liderazgo efectivo: La experiencia de Ericsson Radio*. *Capital Humano*, 105, 1997.

Páginas Web recomendadas

Agencia de Evaluación Tecnológica. [http:// www.aatm.es](http://www.aatm.es).

Asociación de Economía de la Salud. <http:// www.econosalud.es>.

Carrera profesional. www.diariomedico.com/profesion/img/cuadroprofesion.gif.

Cochrane Library. <http://www.cochrane.es>.

Fundación Canaria de Investigación. <http://www.gobcan.es/funci>.

Fundación Joseph Laporte. <http:// www.fbjoseplaporte.org>.

Laboratorios XX . <http://www.dinarte.es/insaweb>.

Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.msc.es>.

Observatorio de las innovaciones en gestión sanitaria. <http://www.periscopihos.org>.

Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.org>.

Recursos Humanos. <http://www.factorhumano.org>.

Sociedad Española de Directivos de la Salud. www.sedisa.net.

Sebastián Fuentes Tarajano.

Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales.

Jefe del Servicio de Control de Gestión.

Dirección General de Recursos Económicos.

Servicio Canario de la Salud.

Resumen

Este capítulo se ocupa de la función de la dirección económico-financiera dentro del ámbito sanitario, con especial atención a sus aspectos financieros y a sus fuentes de información. Nos detendremos en la contabilidad financiera, la contabilidad presupuestaria y la contabilidad de costes, de cada una de las cuales realizaremos un análisis general que permita obtener un conocimiento básico de la problemática y del lenguaje financiero en el entorno sanitario.

Introducción

La dirección financiera empezó a ser considerada una materia específica a comienzos del siglo xx. Hasta entonces los contenidos financieros se incluían en las materias de Economía General, fundamentalmente en lo relativo al problema de financiación de las empresas.

Sin embargo, el creciente volumen de las empresas, su expansión a través de fusiones, absorciones y adquisiciones, y su financiación mediante la emisión de acciones, llevaron a analizar su funcionamiento interno con el fin de conocer su verdadero valor. Ello ha proporcionado el relanzamiento de las técnicas financieras.

En la actualidad el papel principal del director financiero ya no se limita a la obtención de fondos, sino que abarca también la aplicación de éstos. La dirección financiera adopta decisiones sobre las fuentes de financiación más convenientes en cada momento, participa en las decisiones de inversión de activos reales y lleva a cabo la planificación de los recursos financieros tanto a largo como a corto plazo.

Todas las decisiones empresariales importantes (sobre producción, personal, *marketing*, investigación y desarrollo) repercuten en las competencias de la dirección económico-financiera.

En el ámbito sanitario, y teniendo en cuenta la estructura clásica del organigrama directivo, la dirección económico-financiera está en dependencia directa de la dirección gerente del centro sanitario y se sitúa en el mismo nivel que el resto de las direcciones (médica, de enfermería, de recursos humanos, de servicios generales, etcétera.)

En cualquier tipo de empresa la dirección financiera se encarga de las áreas de información contable; sin embargo en

el ámbito sanitario a esta dirección se le incorpora el término «económico», que indica que también es responsable por este motivo de la gestión de compras de bienes y servicios de la organización y de la gestión del cobro de las prestaciones sanitarias realizadas. Esta última función se trata con más profundidad en otro capítulo; en éste nos centraremos fundamentalmente en la parte financiera de esta dirección.

El proceso de toma de decisiones en la empresa requiere la existencia de un sistema de información adecuado. En esta área, la información económica y financiera la proporciona la contabilidad de la empresa, que en el ámbito sanitario tiene una triple definición: la contabilidad financiera, la contabilidad presupuestaria y la contabilidad analítica.

La contabilidad presupuestaria

El presupuesto. Significado

Existen numerosas definiciones del término presupuesto. De todas ellas elegiremos dos: una que aporta una visión global y otra que introduce un matiz de contenido público o de Administración Pública.

En la primera, el presupuesto es un *plan comprensivo expresado en términos financieros, mediante el cual, un programa operacional es efectuado por un período de tiempo dado, con el objetivo de atender a las necesidades de su clientela.*

La segunda definición nos ofrece la visión del presupuesto como *expresión contable del Plan Económico de la Hacienda Pública para un período determinado.*

Características

Un análisis de estas definiciones nos permite identificar las principales características del término, que además aparecen recogidas en ambas.

- **Plan** o programa, es decir, conjunto de proyectos con un objetivo específico. Se trata, por tanto, de una previsión.
- **Económico.** Expresado en términos financieros o económicos, parte del principio fundamental de la ciencia económica: el hecho de que los recursos son escasos y susceptibles de usos alternativos, manifestándose en los presupuestos las decisiones sobre el reparto de la escasez.

- **Período.** Expresado en un tiempo determinado, generalmente anual.

Marco general

El presupuesto debe englobarse en un escenario mucho más amplio, puesto que es un instrumento del marco de planificación y previsión de las organizaciones.

Teniendo en cuenta las observaciones precedentes, se pueden vincular tres significados al marco general de previsión.

- En primer lugar, el marco de previsión es una *expresión de objetivos*. Es, pues, la consecuencia de un complejo proceso de definición en el que participan todos los responsables de la organización, pero en grado distinto según los tipos de previsión contemplados.
- En segundo lugar, el marco de previsión constituye una referencia a *límites en el tiempo y en el espacio*. Determina así el alcance y duración de la organización. Dicho de otro modo, los que participan en la previsión forman parte de dicha organización.
- Por último, el marco de previsión es un conjunto de apoyos formales cuyas normas de presentación, codificación y redacción desempeñan un importante papel en las comunicaciones que se realizan en el seno de la empresa y en las ideas que se forman sus miembros.

Todos estos aspectos están presentes en los tres grandes niveles de previsión habitualmente admitidos y practicados:

- Previsiones a largo plazo, de carácter estratégico.
- Previsiones a medio plazo, de carácter más operativo.
- Por último, provisiones a corto plazo, que describen la asignación de los medios disponibles.

Este esquema precisa especialmente las definiciones de planes y presupuestos:

- El plan estratégico es la expresión de los objetivos concernientes a las relaciones entre la empresa y su entorno.
- El plan operativo describe la utilización de medios contenidos en el plan estratégico, es decir, prevé las operaciones impuestas por la realización de este plan.
- Por último, los *presupuestos (objetivo de nuestro estudio)* detallan los productos y los gastos a corto plazo. Deben descomponer y cuantificar de forma coherente el contenido de los planes.

Estructura presupuestaria

En el sector público la estructura presupuestaria la determina la Administración, aplicando los estados de gastos según las clasificaciones orgánica, económica, funcional y por programas.

- **Orgánica.** Se agrupan los gastos en función del órgano administrativo que los realiza. Indica quién gasta y cuánto gasta. Normalmente se clasifica por secciones: 01 Parlamento; 02 Consejo Consultivo; 03 Sanidad y Consumo, etcétera.
- **Económica.** Se agrupan los ingresos y gastos en dos grandes apartados: la cuenta de renta y la cuenta de capital, que comprende los ingresos extraordinarios y los gastos de inversión. Esta clasificación permite conocer mejor el coste de los diferentes servicios públicos.

Operaciones corrientes:

Capítulo I. Gastos de Personal

Capítulo II. Gastos en Bienes Corrientes y Servicios

Capítulo III. Gastos Financieros

Capítulo IV. Transferencias corrientes

Operaciones de capital:

Capítulo VI. Inversiones Reales

Capítulo VII. Transferencias de Capital

Operaciones financieras:

Capítulo VIII. Activos Financieros

Capítulo IX. Pasivos Financieros

Paralelamente a esta clasificación de gastos, existe una clasificación económica para el estado de ingresos:

- **Funcional.** Los gastos se agrupan según las distintas funciones que la organización administrativa ha de cumplir.

El contenido funcional es más amplio que el orgánico; así, una misma función puede ser desarrollada por dos o más órganos administrativos. Esta clasificación tiene la ventaja de hacer ver con una mayor claridad a qué fines se destinan los gastos.

Existe una clasificación funcional de presupuestos propuesta por las Naciones Unidas, que establece diferentes grupos:

- Grupo 1. Servicios de carácter general. Alta Dirección. Administración General.
- Grupo 2. Defensa. Protección Civil. Seguridad Ciudadana.
- Grupo 3. Seguridad, protección y promoción social. Seguridad Social.
- Grupo 0. Deuda Pública.
- **Por programas.** En algunas administraciones, las funciones realizadas por el sector público están divididas en subfunciones, y éstas, a su vez, en programas.

La clasificación por programas representa la concreción anual de los planes de actuación de los órganos de la Administración.

Los programas pueden constituirse en distintos niveles, en función de la jerarquía de la unidad administrativa responsable, de la cuantía económica o de cualquier otro criterio (Anexos 1 y 2).

La contabilidad presupuestaria en los centros sanitarios

Como se ha indicado en apartados anteriores, la elaboración de presupuestos supone anticipar futuros escenarios económicos de nuestra organización.

Este hecho genera un cierto grado de incertidumbre sobre su cumplimiento; por ello, necesitaremos herramientas de trabajo que nos permitan conocer con exactitud la evolución de las partidas económicas definidas.

Una de estas herramientas es la contabilidad presupuestaria, que nos permitirá, no sólo conocer el cumplimiento final de la previsión presupuestaria, sino la evolución y situación de cada uno de los epígrafes económicos en el tiempo (Figura 8.1).

También hemos resumido antes las diferentes clasificaciones en que se puede representar el presupuesto; de ellas, la que más nos interesa ahora es la distribución por epígrafes, mediante la cual desarrollamos una estructura de conceptos de gasto e

Centro Sanitario : _____

Programa: _____

Partida presupuestaria	Créditos definitivos	Retenciones RC	Autorizaciones A	Disposiciones D	Saldo disposiciones	Obligaciones O	Saldo obligaciones	Pago P	Saldos de pago
1 GASTOS DE PERSONAL									
10 Altos cargos									
100 Retribuciones básicas y otras remuneraciones de altos cargos									
11 Personal eventual									
110 Retribuciones básicas y otras remuneraciones de personal eventual									
12 Funcionarios									
120 Retribuciones básicas 00. Sueldos del grupo A									

Figura 8.1. Ejemplo de cuadro de control presupuestario.

ingresos en los que anotaremos a lo largo del período de estudio cada uno de los eventos económicos que se produzcan.

Para facilitar la comprensión, analizaremos a continuación las partidas de gasto, que en los centros sanitarios son más numerosas que los conceptos de ingresos.

Distribución de epígrafes presupuestarios

En la clasificación de partidas de gasto, sólo tendremos en cuenta los capítulos I y II, por ser los de mayor relevancia en las organizaciones sanitarias.

El primer dígito de la clasificación numérica define el capítulo del presupuesto; con los dos primeros se indica el artículo; con tres se define el concepto; el conjunto de dígitos define el subconcepto o epígrafe presupuestario (Tabla 8.1).

Fases a registrar contablemente

Las diferentes fases susceptibles de registrar contablemente son las siguientes:

- Determinación de los créditos: es el primer asiento por el presupuesto aprobado; se posicionan los importes en cada uno de los epígrafes presupuestarios de la contabilidad del centro.
- Modificación de los créditos: refleja las variaciones en las dotaciones iniciales de los créditos.
- Retención de créditos: es un registro contable de la no disponibilidad de las dotaciones presupuestarias.
- Autorización: acto en virtud del cual la autoridad competente acuerda realizar un gasto calculado en forma cierta o aproximada. Es una decisión de gastar que no implica aún compromisos con terceros, pero que disminuye el saldo del presupuesto (un ejemplo de ello es la autorización para publicar un concurso de compras).
- Disposición: acto de relevancia jurídica con terceros por ser un compromiso de gasto en firme. Supone la adjudicación a un proveedor del concurso anterior. Esta fase puede ser por un importe menor al de la anterior.
- Obligación: operación correspondiente a la contabilización como contrapartida de la entrega de prestaciones efectuadas por el proveedor. Mediante este documento recogemos la obligación de pagar que adquiere el centro. Un ejemplo de ello es la recepción y conformidad de un bien o un servicio, o también el vencimiento del mes a efectos de pagos de salarios.
- Propuesta de pago: la realiza el gerente del centro sanitario una vez reconocida la obligación, para que la tesorería pagadora realice la correspondiente orden de pago.

Tabla 8.1. Clasificación de partidas de gasto

1 GASTOS DE PERSONAL**10 Altos cargos**

100 Retribuciones básicas y otras remuneraciones de altos cargos

11 Personal eventual

110 Retribuciones básicas y otras remuneraciones de personal eventual

12 Funcionarios

120 Retribuciones básicas

00. Sueldos del grupo A

01. Sueldos del grupo B

02. Sueldos del grupo C

03. Sueldos del grupo D

04. Sueldos del grupo E

05. Trienios

06. Otras retribuciones básicas

121 Retribuciones complementarias

00. Complemento de destino

01. Complemento específico

02. Indemnización por residencia

03. Otros complementos

122 Retribuciones en especie

13 Laborales

130 Laboral fijo

131 Laboral eventual

132 Retribuciones en especie

14 Otro personal

143 Otro personal

15 Incentivos al rendimiento

150 Productividad

151 Gratificaciones

152 Otros incentivos al rendimiento

153 Complemento de dedicación especial

16 Cuotas, prestaciones y gastos sociales a cargo del empleador

160 Cuotas sociales

161 Prestaciones Sociales

162 Gastos sociales del personal

164 Complemento familiar

2 GASTOS CORRIENTES EN BIENES Y SERVICIOS**20 Arrendamientos y cánones**

200 Arrendamientos de terrenos y bienes naturales

202 Arrendamientos de edificios y otras construcciones

203 Arrendamientos de maquinaria, instalaciones y utillaje

204 Arrendamientos de material de transporte

205 Arrendamientos de mobiliario y enseres

206 Arrendamientos de equipos para procesos de información

208 Arrendamientos de otro inmovilizado material

209 Cánones

21 Reparaciones, mantenimiento y conservación

210 Infraestructura y bienes naturales

212 Edificios y otras construcciones

213 Maquinaria, instalaciones y utillaje

214 Elementos de transporte

215 Mobiliario y enseres

216 Equipos para procesos de la información

218 Bienes situados en el exterior

219 Otro inmovilizado material

22 Material, suministros y otros

220 Material de oficina

00. Ordinario no inventariable

01. Prensa, revistas, libros y otras publicaciones

02. Material informático no inventariable

15. Material de oficina en el exterior

221 Suministros

00. Energía eléctrica

01. Agua

02. Gas

03. Combustible

04. Vestuario

05. Productos alimenticios

06. Productos farmacéuticos y material sanitario

11. Suministros de repuestos de maquinaria, utillaje y elementos de transporte

12. Suministros de material electrónico, eléctrico y de comunicaciones

99. Otros suministros

222 Comunicaciones

00. Telefónicas

01. Postales

02. Telegráficas

03. Télex y telefax

04. Informáticas

223 Transportes

224 Primas de seguros

225 Tributos

00. Estatales

01. Autonómicos

02. Locales

226 Gastos diversos

01. Atenciones protocolarias y representativas

02. Publicidad y propaganda

03. Jurídicos, contenciosos

06. Reuniones, conferencias y cursos

07. Oposiciones y pruebas selectivas

09. Actividades culturales y deportivas

99. Otros

227 Trabajos realizados por otras empresas y profesionales

00. Limpieza y aseo

01. Seguridad

02. Valoraciones y peritajes

03. Postales

04. Custodia, depósito y almacenaje

06. Estudios y trabajos técnicos

99. Otros

23 Indemnizaciones por razón del servicio

230 Dietas

231 Locomoción

232 Traslado

233 Otras indemnizaciones

24 Gastos de publicaciones

240 Gastos de edición y distribución

25 Conciertos de asistencia sanitaria

250 Con la Seguridad Social

251 Con entidades de seguro libre

259 Otros conciertos de asistencia sanitaria

Circuito de gestión económico-presupuestario

- Los procesos de trabajo a los que aludiremos se centran fundamentalmente en el servicio de contabilidad, mencionando los demás servicios lo imprescindible, para una visión completa del sistema (Figura 8.2).
- Se parte del supuesto de que la informática es una herramienta de trabajo, a través de varios aplicativos en red, o bien de un ordenador central con varias consolas.

Circuitos administrativos de los documentos: flujos de información y soportes físicos**a. Los pedidos de compra (Fases «A» y «D»)**

- Los servicios gestores de gasto (farmacia, suministros, hostelería y mantenimiento) emiten sus pedidos a los

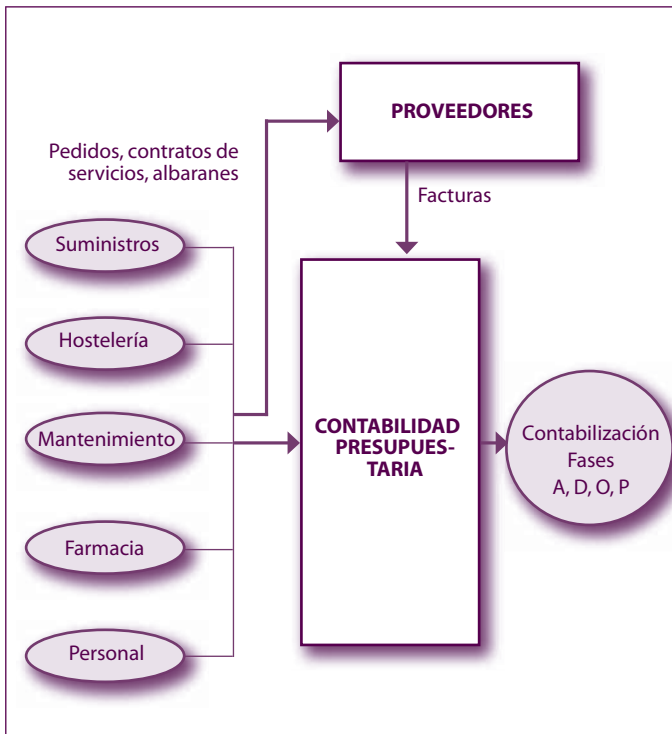


Figura 8.2. Circuito de gestión económico-presupuestaria.

proveedores, quedando su contenido en la base de datos del sistema. Estos datos aparecen simultáneamente en las terminales de Almacenes y Contabilidad.

Es conveniente tener perfectamente definido y delimitado el número y la responsabilidad de los servicios gestores.

Desde el punto de vista administrativo, al emitir el pedido se envían las siguientes copias:

- Una copia al proveedor.
- Una copia al almacén.
- Una copia al departamento de contabilidad.
- Una última copia queda como registro en los archivos del servicio gestor.
- De la misma manera, el servicio gestor de personal, encargado de la contratación del factor de trabajo «mano de obra», efectuará su previsión de importe de nómina, quedando igualmente recogido en Contabilidad, a efectos de la realización de las fases contables de autorización y disposición.
- Los contratos de servicios y mantenimiento preventivo se mecanizan por el importe de su adjudicación (estos contratos son asimilables a un único pedido anual con periodicidad mensual de cumplimiento). Pensemos en el contrato de mantenimiento de un equipo de radiodiagnóstico: se adjudica por una cantidad X12, efectuando un pedido anual por ese importe, y un pago mensual por su cumplimiento de (X12/12).

Como en el caso anterior, se distribuyen copias del pedido a:

- Una copia al adjudicatario.
- Una copia a contabilidad.

– Una copia como antecedente al servicio gestor. En este caso no se entrega copia al almacén porque no participa en esta operación.

- Los gastos de mantenimiento correctivo (reparaciones) tienen un tratamiento similar, pero su diferencia estriba en que existe una hoja de reparación valorada por los técnicos que funciona como justificante de la contracción del gasto.

El circuito, desde su inicio, será el siguiente: una vez detectada la necesidad de una reparación, se decide solicitar la intervención de un servicio técnico externo al centro, pero con presupuesto previo, que servirá como base del pedido.

Una vez realizada la reparación, el proveedor emitirá la hoja de reparación valorada, que coincidirá con la posterior factura.

De esta hoja de reparación se remitirá copia a contabilidad y al servicio de mantenimiento.

b. Los albaranes (Fase «0»)

- Estos documentos son los justificantes de entrega de la mercancía. Los albaranes de los productos recibidos se mecanizan en los almacenes, traspasándose al momento dicha información a las terminales de las demás unidades implicadas en la gestión.
- Una vez conformados, los albaranes, esto es, registrados en el sistema y con el visto bueno en cuanto a cantidad y calidad de la mercancía, se entrega diaria o semanalmente una copia a contabilidad como comprobante del reconocimiento de la obligación, para unir a la factura, y otra copia queda como registro en el archivo del propio almacén, como justificante de la operación realizada.

c. Las facturas (Fase «OP»)

- Las facturas se mecanizan todas en contabilidad, distinguiéndose cuatro fases: registro de entrada, conformidad, propuesta de pago y validación.
- Las facturas se registran al ser recibidas, utilizando como punto de enlace con los documentos que le preceden el número de referencia del pedido o, en su caso, contrato, que originó el gasto. También deberá aparecer en pantalla el albarán o albaranes que les correspondan.
- Se conforman cuando coincide el importe que figura en el albarán con el que consta en el registro de factura, debiendo coincidir, por tanto, los documentos respectivos (albarán y factura) guardados en la carpeta del proveedor.
- Propuestas de pagos: cuando se decide realizar pagos, se van seleccionando las facturas que se quieren pagar a cada proveedor por conceptos presupuestarios. Es de destacar que desde el inicio de la operación (pedido), cada artículo que se solicita lleva aparejado un epígrafe presupuestario determinado, tal como se ha definido en apartados anteriores.
- Una vez que han sido validados los documentos, se mecaniza dicha validación y pueden pasar a ficheros de pasivo, cerrándose con ello el ciclo presupuestario.

La contabilidad financiera

Conceptos básicos

La contabilidad es una técnica que está al servicio de la empresa. Se entiende por empresa cualquier entidad que tiene por objeto la fabricación de un producto o bien dar un servicio a la sociedad.

El ciclo de la empresa que trata de captar la contabilidad se puede explicar en la Figura 8.3.

La contabilidad financiera persigue dos objetivos:

- Conocer la situación del patrimonio de la empresa, es decir, conocer lo que tenemos, lo que nos deben y lo que debemos.
- Conocer el resultado de la gestión de la empresa durante un período determinado.

Para conseguir estos objetivos son necesarios dos pasos previos:

- El registro sistemático de todos los hechos económicos que afectan a la empresa.
- El tratamiento y el control de la información resultante.

Así pues, lo que la contabilidad nos facilita es una información tratada y controlada, y adecuadamente presentada para que las personas encargadas de la gestión de la empresa puedan tomar decisiones.

El ciclo contable

Se entiende por ciclo contable las diferentes etapas que deben cumplirse para que, partiendo de una situación inicial, se puedan confeccionar de forma sintética los estados económico-financieros del final del ejercicio, tal y como se aprecia en la Figura 8.4.

Toda la información recogida, analizada y registrada debe ser sintetizada para conocer la situación económico-financiera de la empre-

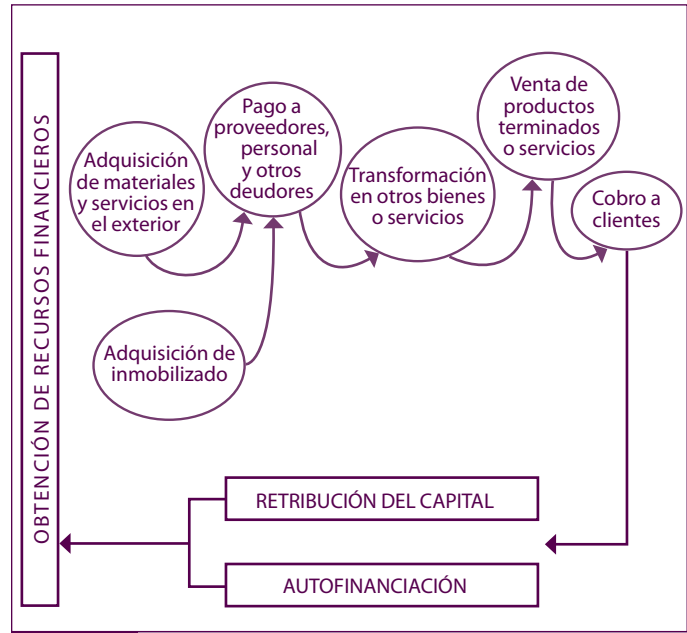


Figura 8.3. Ciclo de contabilidad de una empresa.

sa. Estas síntesis de información contable se recogen en diversos documentos, que se denominan ESTADOS ECONÓMICO-FINANCIEROS.

El ciclo contable coincide con lo que se denomina ejercicio económico de la empresa. Por razones prácticas y legales, se debe considerar que este ejercicio tiene una duración de un año, aunque puede haber excepciones (la apertura de la empresa entrado el año, la liquidación de una empresa, la fusión de varias, etcétera).

Tres fases abarca el ciclo contable:

- La inicial o de apertura.
- La de desarrollo o de gestión.
- La de conclusión o cierre.

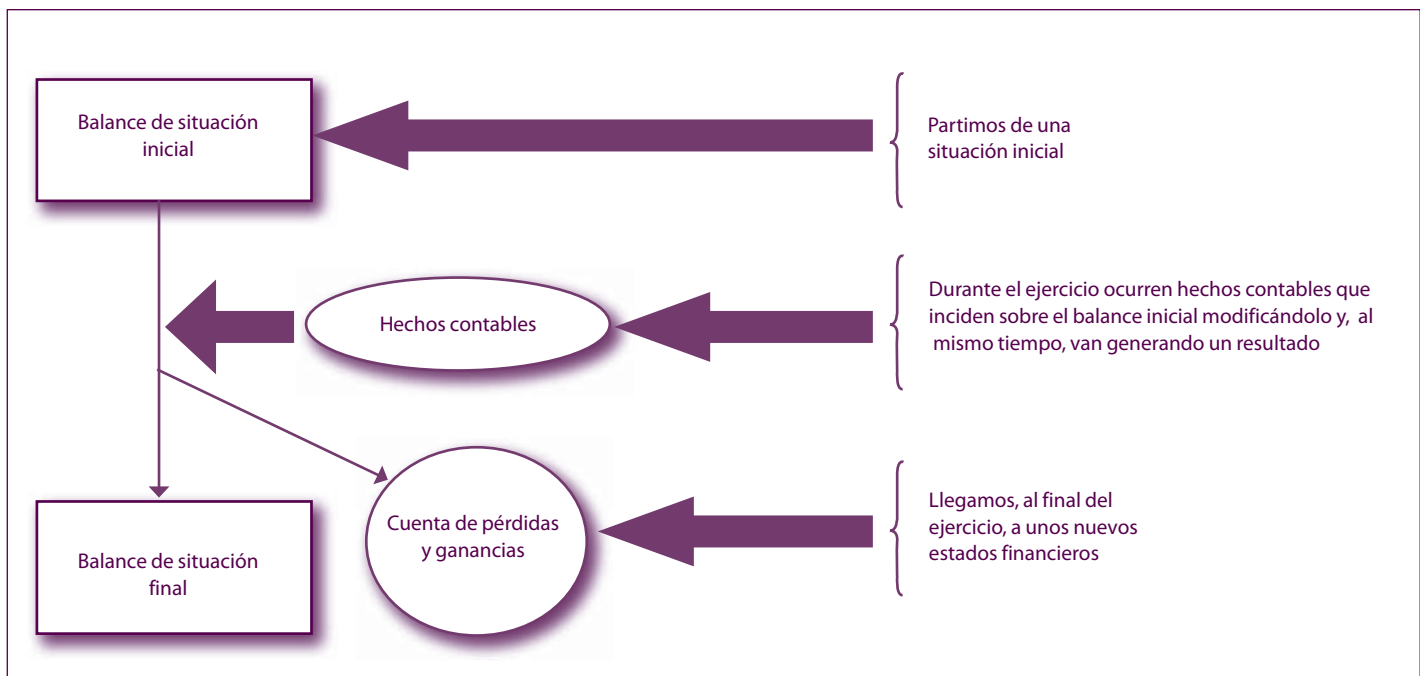


Figura 8.4. Ciclo contable.

La apertura de la contabilidad

La apertura del ejercicio económico de una empresa se refleja en la contabilidad mediante un asiento que se denomina asiento de apertura, el cual consiste en reproducir los saldos iniciales de todas las cuentas, que a su vez reflejan los saldos de éstas cuando se cerró el ciclo anterior.

Esquemáticamente este asiento sería:

CUENTAS DE ACTIVO	a	CUENTAS DE PASIVO
-------------------	---	-------------------

El desarrollo contable del ejercicio

Una vez abierta la contabilidad, los distintos hechos económicos que se van produciendo en la empresa deben registrarse con determinada periodicidad en el libro diario.

Asiento a asiento, cada apunte debe anotarse en cada cuenta del libro mayor. Trimestralmente se hace un balance de sumas y saldos, en el que se reflejan las sumas del debe y haber, y de los saldos deudores y acreedores de todas las cuentas del libro mayor.

Actualmente los sistemas informáticos han simplificado el procedimiento material de contabilidad. Los datos se introducen en el fichero del diario sin más tratamiento; es la propia aplicación informática la que nos permite obtener en cualquier momento, un mayor de cuentas o un balance de sumas y saldos.

El cierre de la contabilidad

Al final del ejercicio económico de la empresa, los saldos de las diversas cuentas expresarán los valores a los que se ha llegado a lo largo del ejercicio. Sin embargo, esta información no es suficiente para mostrar la situación patrimonial y el resultado económico obtenido por la empresa.

Las operaciones de cierre de la contabilidad comprenden:

1. La regularización de las cuentas.
2. La determinación del resultado económico.
3. El asiento de cierre de la contabilidad.

La **regularización de las cuentas** implica realizar una serie de acciones en ellas con el fin de que puedan expresar su situación real. Entre estas acciones figuran la **reclasificación** de gastos, que consiste en traspasar cantidades de una cuenta a otra cuando los importes contabilizados en una rúbrica no corresponden con el título de la misma; la **periodificación** de los ingresos y los gastos, con el fin de atribuir los que correspondan efectivamente al ejercicio corriente, sin que por tanto se tengan en cuenta, a la hora de calcular el resultado del ejercicio, los ingresos y gastos que correspondan a ejercicios anteriores o venideros; las **correcciones de valor**, que se refieren a la contabilización de las pérdidas de valor efectivas, e incluso potenciales, que afectan a los distintos elementos que constituyen el activo empresarial. (entre estas correcciones destacan las amortizaciones); por último, la **regularización de existencias**, que nos permite conocer el valor real de los inventarios de la empresa.

Una vez realizadas las operaciones anteriores podremos determinar el correspondiente resultado económico de la empresa, por diferencia entre las cuentas de ingresos y gastos.

RESULTADO ECONÓMICO = INGRESOS - GASTOS

Este asiento contable de determinación del resultado económico, se realiza trasladando todos los saldos de las cuentas de ingresos y gastos a una única cuenta, que se denomina «pérdidas y ganancias».

Por último, se produce el asiento de cierre de la contabilidad, por el que todas las cuentas de la empresa son saldadas, es decir, su saldo se convierte en cero. La información contenida en este asiento es sintetizada adecuadamente en un documento que se denomina balance de situación.

Veamos un ejemplo que puede ilustrar todo lo expuesto hasta aquí.

Supuesto contable

Una empresa presenta a 1-1-2003 el siguiente balance:

ACTIVO		PASIVO	
CUENTAS	SALDO	CUENTAS	SALDO
Maquinaria	2500	Capital	2500
Amortización acumulada	-500		
Existencias	200	Proveedores	600
Clientes	300		
Bancos	600		
TOTAL ACTIVO	3100	TOTAL PASIVO	3100

Durante el ejercicio se producen los siguientes hechos contables:

1. Se venden a crédito 700 u.m.
2. Se compran a crédito 500 u.m.
3. Se pagan por banco gastos por valor de 250 u.m.
4. Se compra por banco una máquina por 200 u.m.
5. Se cobra a clientes 275 u.m.
6. Se paga a proveedores 235 u.m.

Para el cierre del ejercicio a 31/12/92:

1. Se ha realizado inventario de existencias que ha revelado que éstas son de 100 u.m.
2. La amortización calculada de la maquinaria para este ejercicio es de 200 u.m.

Solución:

1. Asientos en el libro diario.
 - a. Asiento de apertura.

2500	Maquinaria				
200	Existencias				
300	Clientes				
600	Bancos	a	Capital	2500	
		a	Amortización	500	
		a	acumulada		
			Proveedores	600	

b. Desarrollo del ejercicio. Asientos en el diario.

	-----	1	-----	
700	Cientes	a	Ventas	700
	-----	2	-----	
500	Compras	a	Proveedores	500
	-----	3	-----	
250	Gastos generales	a	Bancos	250
	-----	4	-----	
200	Maquinaria	a	Bancos	200
	-----	5	-----	
275	Bancos	a	Cientes	275
	-----	6	-----	
235	Proveedores	a	Bancos	235

c. Cierre del ejercicio.

Asientos de regularización

200	Variación de existencias	a	Existencias (saldo inicial)	200
	-----	x	-----	
100	Existencias (saldo final)	a	Variación de existencias	100
	-----	x	-----	
200	Dotación a la amortización	a	Amortización acumulada	200

Asiento de traspaso a pérdidas y ganancias

700	Ventas	a	Pérdidas y ganancias	700
	-----	x	-----	
1050	Pérdidas y ganancias	a	Compras	500
			Variación de existencias	100
			Gastos generales	250
			Dotación a la amortización	200

Asiento de cierre

2500	Capital			
865	Proveedores			
700	Amortización acumulada			
		a	Maquinaria	2700
		a	Existencias	100
		a	Cientes	725
		a	Bancos	90
		a	Pérdidas y ganancias	350

2. Balance de sumas y saldos antes de pérdidas y ganancias.

CUENTAS	DEBE	HABER	SALDO DEUDOR	SALDO ACREEDOR
ACTIVO				
Maquinaria	2700		2700	
Amortización acumulada		700		700
Existencias	300	200	100	
Cientes	1000	275	725	
Bancos	875	685	190	
PASIVO				
Capital		2500		2500
Proveedores	235	1100		865
INGRESOS Y GASTOS				
Ventas		700		700
Variación de existencias	200	100	100	
Compras	500		500	
Gastos generales	250		250	
Dotación a la amortización	200		200	
TOTALES	6260	6260	4765	4765

El Plan General de Contabilidad

El Plan General de Contabilidad (PGC), aprobado por Real Decreto 1643/1990 de 20 de diciembre, constituye el desarrollo en materia contable de la legislación mercantil, y tiene el carácter de documento básico para la elaboración de la contabilidad en las empresas españolas.

El plan consta de cinco partes:

- Principios contables.
- Cuadro de cuentas.
- Definiciones y relaciones contables.
- Cuentas anuales.
- Normas de valoración.

Los principios contables

En España, los principios contables obligatorios se hallan contenidos en el Código de Comercio, aunque el PGC ha completado el cuadro normativo establecido en aquel texto legal.

La aplicación de los principios contables incluidos en los apartados siguientes deberá conducir a que las cuentas anuales, formuladas con claridad, expresen la imagen fiel del patrimonio, de la situación financiera y de los resultados de la empresa.

Cuando la aplicación de los principios contables establecidos en esta norma no sean suficientes para que las cuentas anuales expresen la imagen fiel mencionada, deberán suministrarse en la memoria las explicaciones necesarias sobre los principios contables aplicados.

En aquellos casos excepcionales en los que la aplicación de un principio contable o de cualquier otra norma contable sea incompatible con la imagen fiel que deben mostrar las cuentas anuales, se considerará improcedente dicha aplicación. Todo ello se reflejará en la memoria, explicando los motivos e indicando su influencia sobre el patrimonio, la situación financiera y los resultados de la empresa.

La contabilidad de la empresa se desarrollará aplicando obligatoriamente los principios contables que se indican a continuación:

Principio de prudencia

Los beneficios realizados únicamente se contabilizarán al cierre del ejercicio. En cambio, los riesgos previsibles y las pérdidas eventuales que tengan su origen en el ejercicio o en otro anterior, deberán contabilizarse tan pronto sean conocidos; a estos efectos, se distinguirán las pérdidas reversibles o potenciales de las realizadas o irreversibles.

En consecuencia, al realizar el cierre se tendrán presentes todos los riesgos y pérdidas previsibles, cualquiera que sea su origen. Cuando tales riesgos y pérdidas sean conocidos entre la fecha de cierre del ejercicio y aquella en que se establezcan las cuentas anuales, sin perjuicio de su reflejo en el balance y en la cuenta de pérdidas y ganancias, deberá facilitarse cumplida información de todos ellos en la memoria.

Igualmente, se tendrán presentes toda clase de depreciaciones, tanto si el resultado del ejercicio es positivo como si es negativo.

Principio de empresa en funcionamiento

Se considerará que la gestión de la empresa tiene prácticamente una duración ilimitada. En consecuencia, la aplicación de los principios contables no irá encaminada a determinar el valor del patrimonio a efectos de su enajenación global o parcial ni el importe resultante en caso de liquidación.

Principio del registro

Los hechos económicos deben registrarse cuando nazcan los derechos u obligaciones que tales hechos originen.

Principio del precio de adquisición

Como norma general, todos los bienes y derechos se contabilizarán por su precio de adquisición o coste de producción.

El principio de adquisición deberá respetarse siempre, salvo cuando por disposición legal se autoricen rectificaciones de dicho principio; en este caso, deberá facilitarse cumplida información en la memoria.

Principio del devengo

La imputación de ingresos y gastos deberá hacerse en función de la corriente real de bienes y servicios que representan, y

con independencia del momento en que se produzca la corriente monetaria o financiera derivada de ellos.

Principio de correlación de ingresos y gastos

El resultado del ejercicio estará constituido por los ingresos de dicho período menos los gastos realizados en ese período para la obtención de aquéllos, así como los beneficios y quebrantos no relacionados claramente con la actividad de la empresa.

Principio de no compensación

En ningún caso podrán compensarse las partidas del activo y del pasivo del balance ni las de gastos e ingresos que integran la cuenta de pérdidas y ganancias, establecidas en los modelos de las cuentas anuales. Se valorarán separadamente los elementos integrantes de las distintas partidas del activo y del pasivo.

Principio de uniformidad

Adoptado un criterio en la aplicación de los principios contables dentro de las alternativas que, en su caso, se permitan, tal criterio deberá mantenerse en el tiempo y aplicarse a todos los elementos patrimoniales que tengan las mismas características en tanto no se alteren los supuestos que motivaron la elección de dicho criterio.

De alterarse estos supuestos, podrá modificarse el criterio adoptado en su día; en tal caso, estas circunstancias se harán constar en la memoria, indicando la incidencia cuantitativa y cualitativa de la variación sobre las cuentas anuales.

Principio de importancia relativa

Podrá admitirse la no aplicación estricta de algunos de los principios contables siempre y cuando, en términos cuantitativos, la importancia relativa de la variación que tal hecho produzca sea escasamente significativa, y, en consecuencia, no altere las cuentas anuales como expresión de la imagen fiel del patrimonio.

En caso de conflicto entre principios contables obligatorios, deberá prevalecer el que mejor conduzca a que las cuentas anuales expresen la imagen fiel del patrimonio, de la situación financiera y de los resultados de la empresa.

Sin perjuicio de lo indicado en el párrafo precedente, el principio de prudencia tendrá carácter prioritario sobre los demás principios.

El cuadro de cuentas

El PGC utiliza la clasificación decimal para ordenar el conjunto de las cuentas destinadas a registrar los diferentes hechos y transacciones económicas, aunque solamente hay siete grupos de cuentas principales, que se corresponden a las cuentas de balance y a las cuentas de resultados.

Las cuentas de balance, esto es, aquellas que manifiestan la situación de las inversiones y financiación de la empresa, se agrupan de la siguiente forma:

- Grupo 1: financiación básica.
- Grupo 2: inmovilizado.
- Grupo 3: existencias.
- Grupo 4: acreedores y deudores de operaciones por tráfico.
- Grupo 5: cuentas financieras.

La clasificación de estos grupos atiende a la naturaleza homogénea de los elementos y al plazo de permanencia en la entidad.

Las cuentas de resultados serían:

- Grupo 6: compras y gastos.
- Grupo 7: ventas e ingresos.

Cada grupo se ordena de forma decimal, desarrollándose subgrupos (dos dígitos), cuentas (tres dígitos), subcuentas (cuatro dígitos), y así sucesivamente.

El cuadro de cuentas es de aplicación voluntaria para las empresas.

Veamos, a título de ejemplo, la estructura del grupo 2:

GRUPO 2. INMOVILIZADO

20. INVERSIONES DESTINADAS AL USO GENERAL.

200. Terrenos y bienes naturales.

201. Infraestructuras y bienes destinados al uso general.

202. Bienes comunales.

208. Bienes del patrimonio histórico, artístico y cultural.

21. INMOVILIZACIONES INMATERIALES.

210. Gastos de investigación y desarrollo.

212. Propiedad industrial.

215. Aplicaciones informáticas.

216. Propiedad intelectual.

217. Derechos sobre bienes en régimen de arrendamiento financiero.

22. INMOVILIZACIONES MATERIALES.

220. Terrenos y bienes naturales.

221. Construcciones.

222. Instalaciones técnicas.

223. Maquinaria.

224. Utillaje.

226. Mobiliario.

227. Equipos para procesos de información.

228. Elementos de transporte.

229. Otro inmovilizado material.

23. INVERSIONES GESTIONADAS PARA OTROS ENTES PÚBLICOS.

230. Inversiones gestionadas para otros entes públicos.

24. RELACIONES CON OFICINAS CONTABLES Y ENTES DESCENTRALIZADOS.

240. Oficinas contables descentralizadas.

25. INVERSIONES FINANCIERAS PERMANENTES.

250. Inversiones financieras permanentes en capital.

251. Valores de renta fija.

252. Créditos a largo plazo.

253. Créditos a largo plazo por enajenación de inmovilizado.

256. Intereses a largo plazo de valores de renta fija.

257. Intereses a largo plazo de créditos.

259. Desembolsos pendientes sobre acciones.

26. FIANZAS Y DEPÓSITOS CONSTITUIDOS A LARGO PLAZO.

260. Fianzas constituidas a largo plazo.

265. Depósitos constituidos a largo plazo.

27. GASTOS A DISTRIBUIR EN VARIOS EJERCICIOS.

270. Gastos de formalización de deudas.

271. Gastos financieros diferidos de valores negociables.

272. Gastos financieros diferidos de otras deudas.

28. AMORTIZACIÓN ACUMULADA DEL INMOVILIZADO.

281. Amortización acumulada del inmovilizado inmaterial.

282. Amortización acumulada del inmovilizado material.

29. PROVISIONES DE INMOVILIZADO.

297. Provisión por depreciación de valores negociables a largo plazo.

Definiciones y relaciones contables

La mayor parte del PGC se ocupa del estudio de los hechos económicos que deben ser captados y de las conexiones que existen entre las cuentas. En cada caso, se indican cuáles son los motivos de cargo y abono, quedando especificados los movimientos correspondientes.

Las definiciones y las relaciones contables son de aplicación voluntaria para la empresa.

Las cuentas anuales

Las cuentas anuales constituyen los instrumentos específicos y propios de la contabilidad, a través de los cuales se produce la comunicación de la información económico-financiera de las empresas a los sujetos interesados en ella.

La legislación vigente determina que las cuentas anuales comprenden **el balance, la cuenta de pérdidas y ganancias y la memoria**.

El balance está constituido por los bienes y derechos que forman el activo y el pasivo, integrado este último por las obligaciones frente a terceros y los recursos propios que forman la aportación de los titulares de la empresa.

La cuenta de pérdidas y ganancias comprenderá los ingresos y gastos del ejercicio. La diferencia entre ellos determina el resultado del ejercicio.

La memoria completará, ampliará y comentará la información contenida en el balance y en la cuenta de pérdidas y ganancias.

La normativa de cuentas anuales es de obligada aplicación para la empresa.

Las normas de valoración

Constituyen la aplicación de los principios contables a cada una de las cuentas del cuadro de cuentas. Tienen carácter obligatorio.

La contabilidad analítica

Concepto y objetivos de la contabilidad de costes

En el contexto de la terminología contable, **coste** (o costo) es el importe de todo aquello que, en el hospital, es necesario emplear para ofrecer el servicio adecuado a los enfermos. Por tanto, los costes son los factores de producción que se consumen en el proceso productivo. El término coste implica la aplicación de unas cargas al logro de un objetivo.

La contabilidad de costes se fundamenta en hechos económicos reales o históricos, y sirve de apoyo para la confección de los presupuestos y el cálculo de los costes estándar y desviaciones, así como para analizar los hechos económicos que se han producido en un período de tiempo determinado. No se puede hablar de un solo sistema de cálculo de costes, sino de varios sistemas, que están en función de las diferentes necesidades informativas de la empresa y de las posibilidades que ofrecen los medios informáticos.

Así como la contabilidad general ofrece información sobre el excedente económico de la empresa tras remunerar a las personas físicas o jurídicas con las que ha incurrido en alguna obligación, la contabilidad por costes se ocupa de la información contable relativa a la eficacia alcanzada por los diferentes factores productivos.

Es decir, no se limita a indicar si hemos tenido excedente o no, sino que permite saber por qué.

Para ello, se procede al análisis de los costes y rendimientos y se proporciona información objetiva sobre las diferentes alternativas que se le ofrecen a la empresa, y que en ocasiones inducirán a adoptar decisiones como las siguientes:

- a. Cambiar el producto.
- b. Aceptar o no un pedido.
- c. Cerrar o reconvertir una sección.
- d. Comprar o fabricar un producto.

El conocimiento y control del coste es una variable sobre la que la empresa puede ejercer una influencia directa, ya que los elementos que componen el coste se encuentran dentro de su ámbito de control y decisión. Pero no todos los elementos integrantes del coste final del producto son controlados por la empresa (por ejemplo: convenios del personal, subida de tarifas eléctricas, etc.), y es precisamente en estos casos cuando la influencia de la empresa se centra en procurar una utilización más racional de los factores que redunde en un menor coste por unidad de producto elaborado.

En resumen, los objetivos de la contabilidad por costes son los siguientes:

1. Proporcionar una información básica para la planificación y control de la actividad de la empresa. Esta información se basa en:
 - Conocer los costes y rendimientos de los agentes productivos, divisiones, secciones, etc.
 - Calcular los costes de los productos o servicios.
 - Establecer los márgenes industriales y comerciales de los productos o servicios.
2. Valorar las existencias de la empresa y los trabajos realizados por ésta para su inmovilizado.

La contabilidad de costes en los centros sanitarios

Analizaremos en este apartado el método basado en la medida tradicional del producto hospitalario, y que tiene como objeto las secciones o centros de coste, de manera que para obtener el coste por producto (estancia, consulta o urgencia), se divide el coste de cada centro principal por el número de productos obtenidos. Por tanto, una característica de este método es que calcula el coste total a través de la asignación de costes de las secciones auxiliares a las principales, siguiendo criterios y métodos de imputación establecidos.

En el cálculo del coste del producto podemos distinguir dos fases o etapas:

1. Determinación de los costes de nuestro centro en el período de referencia, adaptando los costes mediante las siguientes operaciones:
 - Periodificación de los gastos.
 - Cálculo de las amortizaciones de inmovilizado.
 - Cálculo del coste de los consumos de bienes y servicios.
2. Determinación de los costes de cada servicio o producto, siguiendo los pasos siguientes:
 - Determinación de las secciones o centros de coste.
 - Reparto de los costes entre las secciones.
 - Cálculo del coste de cada servicio.

Determinación de los costes del período

La información se obtiene de la contabilidad general, aunque en los centros hospitalarios públicos, que normalmente care-

cen de ésta, el circuito de información nutre la contabilidad presupuestaria y la analítica.

Hay que tener en cuenta que en esta etapa hemos de diferenciar el gasto del coste, siendo este último el valor que debemos contemplar en nuestro análisis. Al mismo tiempo, es necesaria la *periodificación* de los costes, es decir, hay que distinguir los consumos que son propios del período objeto de estudio y los que corresponden a períodos anteriores y posteriores, como veremos a continuación.

Coste de materiales

La variable que se tiene en cuenta en contabilidad analítica es el *consumo*, que se determina por la diferencia entre las compras y la variación de existencias:

Consumo = existencias iniciales + compras – existencias finales

Otro problema que se plantea aquí es la valoración económica de las existencias, para lo cual existen varios métodos, que pueden arrojar resultados diferentes. Se elegirá otro método en función de la normativa fiscal existente o de las condiciones del mercado. Entre estos métodos destacamos el de criterio de la media ponderada, el FIFO y el LIFO.

Coste de personal

La periodificación del gasto en este apartado es sumamente importante, dado que aparecen tres conceptos económicos con valores diferentes: gasto, pago y coste. Para nuestra contabilidad adoptaremos el concepto coste.

Gastos generales

Amortización. El término amortización hace alusión a la disminución de valor del activo fijo. Para calcular la amortización es imprescindible conocer tres variables: tiempo o vida útil del bien, valor inicial o de compra del activo y valor residual o de desecho.

$$\text{Amortización} = \frac{\text{Valor inicial o compra} - \text{Valor residual}}{\text{Vida útil}}$$

Servicios exteriores y tributos

Mientras que en la contabilidad financiera podría contabilizarse de una sola vez este tipo de gastos (póliza de seguros, servicios de limpieza, seguridad, impuestos, electricidad, gas, agua, etc.), en función del criterio elegido para el devengo o pago, en la contabilidad analítica debe prorratearse el importe global en función de los subperíodos (normalmente mensuales), en que se divide el período objeto de análisis (normalmente el año).

Determinación de los costes de cada servicio o producto

Una vez obtenidos y preparados para su análisis los diferentes costes producidos en un hospital, describiremos la forma de conocer el coste soportado por cada servicio o producto que el hospital proporciona.

Para poder desarrollar esta segunda fase, es preciso disponer de una estadística de actividad que nos informe acerca de la tarea desarrollada por las distintas estructuras y dependencias del hospital. Habrá tantas estadísticas de actividad como centros de coste se definan.

Determinación de las secciones o centros de coste

Las secciones o centros de coste sirven para facilitar el estudio y control de costes, identificar los lugares y actividades donde se producen éstos y elaborar presupuestos y planes.

No existe una norma general que indique las secciones que debe crear una empresa. Cada empresa debe establecerlas teniendo en cuenta las distintas actividades que ejecuta, su mayor o menor necesidad de información y los distintos costes indirectos en los que incurre. Sin embargo, sí existe una norma general en cuanto a requisitos que deben reunir las secciones:

- Homogeneidad en cuanto a la actividad realizada y al criterio de imputación de costes soportados.
- Posibilidad de atribución de los costes que soporta cada sección.
- Coincidencia entre centros de coste y centros de responsabilidad.
- División operativa, con el fin de simplificar los circuitos de información.

En este sistema los centros de coste se dividen, como ya se ha mencionado, en *secciones principales* (aquellas que representan actividades relacionadas directamente con el tipo de servicio o producto prestado, y cuyos costes pueden atribuirse al servicio o producto de forma directa) y *secciones auxiliares* (las que prestan sus servicios a otras secciones, auxiliares o principales, y cuyos costes no se atribuyen al producto directamente, sino a través de la sección demandante).

Reparto de los costes entre las secciones o centros de coste

Dentro de estos sistemas tradicionales, existen dos formas de efectuar este reparto, según el sistema utilizado se refiera al pedido/producto/servicio o bien a la sección. La diferencia estriba en la relación entre coste-pedido o coste-sección.

En ambos sistemas se sigue una estructura de cálculo similar, que consta de las siguientes etapas:

- Clasificación de los costes.
 - Afectación de los costes.
 - Localización de los costes.
 - Distribución de los costes.
 - Imputación de los costes.
1. Consideración de los costes con relación al producto (Figura 8.5).
 - a. Clasificación de los costes, según su relación con el producto, en directos e indirectos.
 - b. Afectación de los costes directos a los productos. (p. ej., sueldo de la enfermera de hospitalización al producto estancia).
 - c. Localización de los costes indirectos en las secciones (luz, agua, sueldo de vigilante, etc.). Para efectuar esta localización es necesario que exista una unidad de medida que permita prorratear el coste entre las secciones afectadas (por ejemplo, en el agua, metros cúbicos de agua consumidos).
 - d. Distribución de costes de las secciones auxiliares entre las secciones principales. Esta distribución se efectúa mediante unos criterios establecidos, que aunque implican cierta carga de subjetividad, no son arbitrarios. Una vez realizada esta asignación, desaparecen las secciones auxiliares y únicamente permanecen las secciones principales.

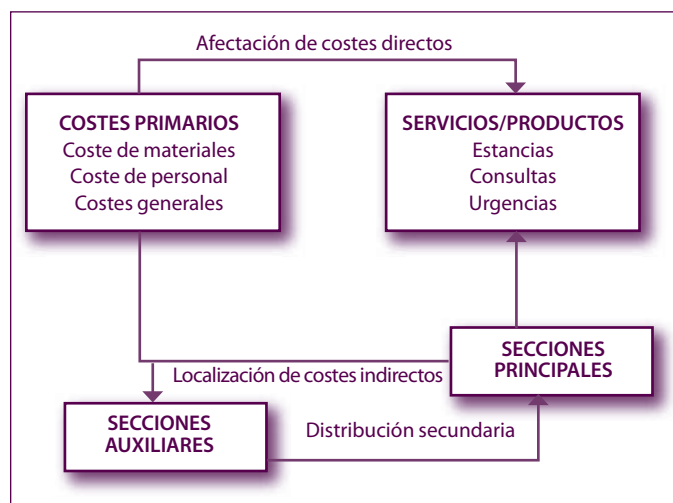


Figura 8.5. Consideración de los costes con relación al producto.

- e. Imputación de los costes de las secciones a los productos o servicios. Se trata del paso final hacia el objetivo perseguido; tendremos que repercutir todo el coste calculado hasta ahora, y que hemos agregado en las secciones principales, hacia los productos definidos (estancia, consulta, urgencia, etc.).

Este reparto de las secciones hacia los productos se realiza mediante las denominadas *unidades de obra*, las cuales deben cumplir ciertas condiciones:

- Han de ser fácilmente medibles, es decir, deben poder identificarse con las secciones y contabilizarse.
- Han de identificar el reparto entre productos en función de los consumos efectivamente realizados.

2. Consideración de costes con relación a las secciones (Figura 8.6).

La diferencia de este segundo método con respecto al anterior es que convierte a la sección principal en centro receptor de todos los costes, para calcular después el coste del producto mediante el reparto de estas cantidades a través de las unidades de obra.

Las fases del método serían:

- A. Clasificación de los costes en directos e indirectos.
- B. Afectación de los costes directos a las secciones (Tabla 8.2).
- C. Localización de los costes indirectos en las secciones.
- D. Distribución de los costes de las secciones auxiliares a las principales (Tabla 8.3).
- E. Cálculo del coste del producto o servicio a través de las unidades de obra.

Exponemos a continuación un ejemplo de este último sistema:

Supongamos un centro hospitalario que ofrece los siguientes servicios:

- Medicina general
- Pediatría
- Dermatología
- Cardiología
- Oftalmología
- Ginecología

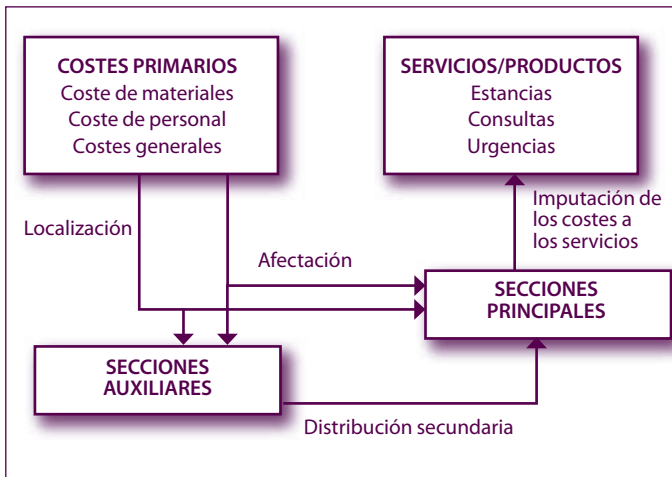


Figura 8.6. Consideración de los costes con relación a las secciones.

Deseamos obtener el coste de cada uno de ellos en un determinado período. Sabemos que los consumos de bienes y servicios en este período han sido los siguientes:

Productos farmacéuticos 65 000
Material sanitario de consumo 20 000

Otros aprovisionamientos 40 000
Productos de alimentación 120 000
Instrumental y utillaje 60 000
Lencería y vestuario 38 000
Los costes de personal en este mismo período (incluido el prorrateo de pagas extras y cuotas de la Seguridad Social) han sido:

Grupo A 293 333
Grupo B 440 000
Personal no cualificado 73 333
Personal administrativo 117 333
Personal Directivo 98 000

El coste de amortización ha sido de 75 000

El coste de tributos y servicios exteriores ha sido de:

Alquileres 20 000
Reparaciones y conservación 30 000
Primas de seguros 5 000
Electricidad 50 000
Agua 20 000
Gas 40 000
Tributos 15 000

Tabla 8.2. Afectación de costes directos y localización de costes indirectos

		SECCIONES PRINCIPALES						SECCIONES AUXILIARES									
								ASISTENCIALES					NO ASISTENCIALES				
		MG	PED	DER	CAR	OFT	OBS	LAB	RAD	QIR	EXP	ADM	LIM	LAV	COC	R	ALM
COSTES DIRECTOS	TOTAL																
Fármacos	65 000															65 000	
Mat. sanitario	20 000																20 000
Otros aprovisionam.	40 000										15 000	15 000					10 000
Lencería	38 000																38 000
Alimentación	120 000															120 000	
Instrumental	60 000															20 000	40 000
Nóminas grupo A	293 333	20 000	32 000	25 000	25 000	31 000	40 000	30 000	20 000	20 000	30 000						20 333
Nóminas grupo B	440 000	44 000	44 000	44 000	44 000	44 000	44 000	44 000	44 000	44 000	44 000						
Personal no cualificado	73 333												18 000	20 000	23 000		12 000
Personal administra.	117 333											57 333				20 000	40 000
Personal directivo	98 000											98 000					
COSTES INDIRECTOS																	
Alquileres	20 000	1 400	1 200	1 500	1 300	18 000	1 100	500	1 300	5 000	2 000	500	500	400	500	400	600
Reparaciones	30 000							5 000	6 000	3 000	8 000			4 000	4 000		
Seguros	5 000	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500						
Electricidad	50 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	4 000	2 000	1 000	3 000	4 000		
Agua	20 000	500	500	500	500	500	500	500	500	500	500		5 000	8 000	2 000		
Gas	40 000	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200					38 000	
Tributos	15 000	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500	1 500						
Amortización	75 000	6 300	6 300	6 300	6 300	6 300	6 300	6 300	6 300	6 300	6 300	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
TOTAL	1 619 999	78 400	90 200	83 500	83 300	89 800	98 100	92 500	84 300	85 000	97 000	174 833	41 500	37 400	213 833	107 733	162 600

Tabla 8.3. Distribución de costes de las secciones auxiliares a las secciones principales

		SECCIONES PRINCIPALES						SECCIONES AUXILIARES									
								ASISTENCIALES				NO ASISTENCIALES					
								LAB	RAD	QIR	EXP	ADM	LIM	LAV	COC	R	ALM
MG	PED	DER	CAR	OFT	OBS												
TOTAL COSTES DIRECTOS Y DISTRIBUCIÓN PRIMARIA		78 400	90 200	83 500	83 500	89 800	98 100	92 500	84 300	85 000	97 000	174 833	41 500	37 400	213 833	107 733	162 600
SECCION AUXILIAR	Coste imputado																
Limpieza	41 500	4000	4000	4000	4000	4000	4000	5000	3000	6000	2000	100	41 500	100	1000	200	100
Lavandería	37 500	5000	4300	200	3000	3500	4000	4200	3700	9000	100			37 500	500		
Cocina	215 333	30 000	40 000	20 000	50 000	30 000	45 333								215 333		
Almacén	162 700	16 000	16 000	17 000	8000	13 000	7000	30 000	40 000	10 000	500	700					162 700
Farmacia	107 933	5933	8000	7000	4000	6000	21 000	10 000	5000	31 000	10 000					107 933	
Administración	175 633	20 000	25 000	40 000	22 133	13 000	30 000	8000	5000	7000	5500	175 633					
Laboratorio	149 700	27 000	40 000	30 000	10 000	2700	40 000	149 700									
Radiología	141 000	30 000	36 000		30 000				141 000	30 000	15 000						
Exploración	134 600	30 000	7300		69 500		7800			20 000	134 600						
Quirófano	198 000	25 000	17 000	10 000	61 000	20 000	65 000			198 000							
TOTAL COSTES IMPUTADOS		192 933	197 600	128 200	261 633	92 200	244 133										
COSTES TOTALES		1 619 999	271 333	287 800	211 700	344 933	182 000										

La distribución de la estructura del centro es tal como a continuación se detalla:

Secciones principales: medicina general, pediatría, dermatología, cardiología, oftalmología y ginecología.

Secciones auxiliares asistenciales: laboratorio, radiología, quirófano, área de exploraciones.

Secciones auxiliares no asistenciales: administración, limpieza, lavandería, cocina, farmacia, almacén.

La gestión de costes por procesos

La diversidad de situaciones y comportamientos de cada paciente (edad, enfermedad, situación socioeconómica, ambiente laboral, etc.) hace que cada uno de ellos sea totalmente diferente de otro que padece la misma enfermedad; por tanto, existirán tantos productos finales como pacientes sean atendidos.

Desde el punto de vista estadístico, la información resultante es difícilmente comparable. Por ello, surge el concepto de *case-mix*, que hace referencia a la composición de casos o diversidad de tipos de pacientes que son tratados y diagnosticados en el hospital. El *case-mix* conforma un catálogo de diagnósticos de enfermedades que es el resultado de combinar las diferentes enfermedades y problemas de salud específicos de una determinada institución o sistema sanitario.

Schumacher y sus colaboradores, definen el *case-mix* como la combinación de proporciones de grupos de pacientes particulares clasificados por enfermedad, método de pago, etcétera, que se dan en una organización sanitaria en un momento dado, y en la que dichos grupos comparten una o más características.

Sin embargo, el concepto de *case-mix* no es estático, su filosofía ha variado en cuanto al resultado final, donde aparecía como eje fundamental de estudio la estancia media y los cuidados especiales, de modo que la gestión global del hospital

equivalía a la suma de los diferentes servicios que lo tomaban (esta idea era patente en las primeras etapas de implantación del sistema).

Hoy día se tiende a la gestión del producto, centrando los objetivos en él y configurando diferentes líneas de productos en la organización, dado que se trata de elementos más manejables y medibles con vistas a la gestión global del centro.

La implantación de este tipo de sistema exige unos requisitos mínimos, tanto asistenciales como económicos y administrativos, referidos siempre a la información, y que serían:

- Un sistema de agrupación de pacientes que permita definir y clasificar el producto hospitalario.
- Un sistema de información que integre aspectos clínicos, económicos y administrativos.
 - La información clínica corresponde a los códigos de la CIE-9-MC asignados al diagnóstico principal y a diagnósticos secundarios, intervenciones y otros procedimientos.
 - Los datos de filiación, ingresos, altas, financiación, registros de consumos y otros. corresponden a la información administrativa.
 - El aspecto económico corresponde a la información sobre facturación, gastos y contabilidad de costes.

El principio que rige los diferentes sistemas de medida del *case-mix*, se basa en el establecimiento de grupos homogéneos de pacientes con respecto a una o varias características relevantes. Esta homogeneidad queda reflejada mediante las técnicas que utilizan la clasificación como base de medida del *case-mix*. En otros ejemplos se utiliza una escala de puntuación como instrumento para valorar a los pacientes.

Como expresión del proceso clínico del paciente y, por tanto, del producto final hospitalario, el diagnóstico constituye un elemento cuya clasificación, basada en la CIE-9-MC, es parte esencial de muchos de los sistemas de medición del *case-mix*.

Sin embargo, para poder medir el *case-mix* hospitalario es necesario utilizar sistemas de agrupación de diagnósticos, con el fin de identificar de forma más precisa el producto hospitalario.

El *case-mix* hospitalario puede hacerse extensivo a la atención primaria, asistencia domiciliaria, hospitalización de larga estancia, etcétera, aunque para estos supuestos está aún en desarrollo.

El Sistema Nacional de Salud ha optado por la agrupación **GRD** (grupos relacionados con el diagnóstico), que constituye un método de clasificación de pacientes que se basa en la agrupación de los diagnósticos emitidos al dar el alta clínica.

Este método ha conocido un rápido desarrollo en las diferentes comunidades autónomas españolas, y se emplea como herramienta de financiación en algunas de ellas, así como para determinados cálculos de los fondos de cohesión.

Para la clasificación por GRD se tiene en cuenta que los pacientes presentan una serie de características significativas que permiten

predecir el nivel de recursos que consumen, de los cuales unos son propios y otros corresponden a su enfermedad.

Una de las principales ventajas de los GRD es que, por primera vez, queda definido claramente el producto hospitalario, lo cual proporciona un lenguaje y una terminología común y manejable para todos los estamentos directivos del hospital.

El sistema de *case-mix* permite las siguientes aplicaciones:

- El control de la gestión interna hospitalaria, tanto de su efectividad clínica como de su eficiencia económica.
- La comparación intra e interhospitalaria de los procesos clínicos.
- El control de calidad de procesos.
- La selección y el diseño de la cartera de prestaciones.
- La presupuestación a nivel de productos y procesos.

Lecturas recomendadas

Amat, Salas J. *Contabilidad de Costes*. Barcelona, EADA, Gestión, 1989.

Blanco F. *Contabilidad de Costes y de Gestión*. Bilbao, Deusto, 1993.

Bohigas L. *Contabilidad de costes en el Hospital*. IESE.

Cañibano I. *Contabilidad. Análisis contable de la realidad económica*. Madrid, Pirámide, 2001.

Casas M. *Los grupos relacionados con el Diagnóstico*. Barcelona, Masson, 1991.

De Kelety A. *Gestión Económica de Centros Hospitalarios*.

Fetter RB. *La utilización de los DRGs para la gestión hospitalaria*.

Guadalajara N. *Análisis de Costes en los hospitales*. Barcelona, MCQ Ediciones, 1997.

INSALUD. *Proyecto coste por proceso*, (1994–1995).

Iruretagoyena M^aT. *Contabilidad de costes*. Madrid, Pirámide, 1997.

López E, Rodríguez A. *La contabilidad financiera en las empresas de asistencia sanitaria*. Junta de Castilla y León, 1994.

Ministerio de Sanidad. *Análisis y Desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud*.

Rivero J. *Contabilidad Financiera*. Madrid, Trivium, 2002.

Rowland H. *Gerencia de hospitales*. Madrid, Diaz de Santos, 1988.

Requena RJM. *La homogeneización de magnitudes en la ciencia de la contabilidad*. Madrid, Trivium, 1986.

Temes JL, Diaz JL. *El Coste por proceso hospitalario*. Madrid, McGraw-Hill, 1994.

Unió Catalana d'Hospitals. *Adaptación del Plan General de Contabilidad a Centros de Asistencia Sanitaria*.

Wilson, R. *Manual de Control de Costes* 2.^a edición. Bilbao, Deusto, 1992.



Gobierno de Canarias

PRESUPUESTOS GENERALES DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE CANARIAS

Resumen de Gastos por Secciones y Capítulos

EJERCICIO
PRESUPUESTARIO
2006

(Importes en Euros.)

SECCIONES	CAP. 1	CAP. 2	CAP. 3	CAP. 4	CAP. 6	CAP. 7	CAP. 8	CAP. 9	T O T A L
01 PARLAMENTO	14.316.175	6.152.627	50.031.819		4.354.460		19.944	90.965.933	24.843.206
05 BELDA PÚBLICA		104.815							141.102.567
06 PRESIDENCIA DEL GOBIERNO	9.557.038	7.032.904		11.455.625	1.964.895	4.596.725	3.005		34.610.302
08 CONSEJERÍA DE PRESIDENCIA Y JUSTICIA	73.923.048	39.500.995		109.108.668	40.479.534	86.598.352	3.066		349.613.684
10 ECONOMÍA Y HACIENDA	44.638.034	17.314.604	4.809	11.941.622	17.422.817	13.162.230	331.012		104.754.519
11 INFRAESTRUCTURAS, TRANSPORTES Y VIVIENDA	16.514.193	5.816.248	8.869.534	86.149.802	167.797.668	201.263.851	3.006		488.392.562
12 MEDIO AMBIENTE Y ORDENACIÓN TERRITORIAL	12.008.709	7.103.632		39.752.914	44.543.858	26.696.325	12		136.085.450
13 AGRICULTURA, GANADERÍA, PESCA Y ALIMENTACIÓN	23.524.116	10.867.360		32.502.913	9.963.268	74.812.139	3.005		151.092.741
14 SANIDAD	3.782.076	1.353.201		2.101.251.628	358.090	122.462.534	3.006		2.229.219.535
15 INDUSTRIA, COMERCIO Y NUEVAS TECNOLOGÍAS	15.470.618	6.986.270		64.325.403	23.163.065	42.160.367	12		152.045.785
16 TURISMO	7.284.453	1.662.623		15.849.477	34.720.660	40.220.917	3.005		89.941.426
18 EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTES	975.260.272	114.589.437		373.362.789	104.236.691	43.465.565	29.947		1.610.975.701
19 DIVERSAS CONSEJERÍAS	14.198.351	26.447.663		3.740.253	22.215.265				68.601.562
20 TRANSFERENCIAS A CORPORACIONES LOCALES				664.241					664.241
23 EMPLEO Y ASUNTOS SOCIALES	38.073.008	54.567.203		200.641.196	8.205.852	22.086.805	3.006		323.577.070
T O T A L	1.249.180.092	299.529.612	58.895.153	3.050.844.911	479.436.263	677.386.800	393.026	90.965.933	5.906.620.730

BPTW08

PAGINA : 41



Gobierno de Canarias

PRESUPUESTOS GENERALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

Resumen de Gastos por Secciones, Programas y Capítulos

EJERCICIO PRESUPUESTARIO
2006

(Importes en Euros.)

PROGRAMAS	CAP. 1	CAP. 2	CAP. 3	CAP. 4	CAP. 6	CAP. 7	CAP. 8	CAP. 9	T O T A L
5									
442E Medio Natural	1.518.734	180.304		504.852	3.378.447	10.612.535			14.678.138
442F Calidad Ambiental	3.837.317	1.996.763			20.510.610	7.729.656			31.810.763
444A Dirección Administrativa y Servicios Generales	12.008.709	735.408			581.656			12	5.154.753
T O T A L S E C C I O N		7.103.632		38.752.914	44.553.858	26.666.325		12	130.685.450
13									
AGRICULTURA, GANADERÍA, PESCA Y ALIMENTACIÓN									
112A Dirección Política y Gobierno	1.147.738	153.768			400.000				1.301.497
422H Mejora de la Capacitación Agraria y Formación Profesional	3.055.035	824.196		21.321					4.900.551
422J Formación Profesional: Maestría Pesquera	3.070.634	881.011		12.000	288.000				4.351.645
531A Mejora de las Estructuras Agrarias y del Medio Rural	2.417.617	482.506		1.163.791	1.605.161	45.242.265			56.561.329
542B Investigación y Desarrollo Tecnológico Agrario				5.482.586		2.264.000			7.688.586
711A Dirección Administrativa y Servicios Generales	4.422.144	1.009.889		3.988.800	428.143			3.005	9.828.071
714A Capacitación y Extensión Agrarias	866.836	523.006		3.622.414		29.629			3.651.463
714E Desarrollo Pesquero	1.771.536	1.431.134		745.000	330.000	437.550			2.902.221
714H Coordinación Caseros Agrarias y gestión ayudas FEAGA	639.743	924.153		125.000	248.000				3.575.070
714J Estructuras Pesqueras	1.041.913	604.092		250.000	4.942.541	16.297.802			23.263.239
714L Ordenación e Inspección Pesquera	2.445.547	1.106.706		49.000	165.000				1.860.005
714K Ordenación y mejora de la producción agrícola	1.846.573	2.838.832		11.088.387	1.076.300	2.734.087			18.430.836
714L Desarrollo ganadero				2.429.339	494.263	6.184.810			13.797.817
714M Calidad Agrícola Ganadería				3.539.295		1.763.066			5.242.361
T O T A L S E C C I O N	23.524.176	10.887.380		32.502.913	9.963.288	74.812.139		3.005	151.692.741
14									
SNM/DAD									
112A Dirección Política y Gobierno	480.828	87.090		360.000					937.918
312A Atención a las Dependencias	1.704.850	484.478		12.131.708	18.000				13.739.086
411A Dirección Administrativa y Servicios Generales	2.206.398	771.632			340.000			3.006	3.321.036
412A Asistencia Sanitaria				2.084.977.753		122.450.203			2.207.427.956
412B Hemodonación y Hemoterapia				2.933.061		12.321			2.945.372
412H Formación Sanitaria y Social				828.415					828.415

B271W09

PÁGINA: 35

La gestión de la logística y los servicios de apoyo en las organizaciones sanitarias

CAPÍTULO 09

Juan Guardia Torres
Socio Consultor de Gestnova Tecnic SA.

Objetivos

El objetivo de este capítulo, es ofrecer al lector un conocimiento de los servicios generales de los centros sanitarios que le permita apreciar las funciones que desempeñan, las unidades que comprenden y su dinámica de servicio, que debe estar orientada a la producción de servicios sanitarios de calidad y eficientes.

Introducción a los servicios generales

Nos ocuparemos aquí de un conjunto de funciones de vital importancia para el funcionamiento del hospital, que describiremos brevemente con el fin de que el lector se familiarice con ellas.

En general, los servicios generales de un centro sanitario, comprenden:

Logística, que subdividiremos a su vez en:

- Compras
- Almacenamiento e inventarios
- Distribución

Hostelería

- Alimentación
- Lavandería-lencería
- Limpieza

Ingeniería y mantenimiento de las instalaciones

Seguridad

Gestión de los residuos sanitarios

Logística

Comprende las funciones de provisión al hospital de los elementos, bienes y servicios necesarios para realizar sus actividades. Abarca tanto el proceso de adquisición como el almacenamiento y la distribución.

Compras

La función del departamento, servicio o unidad de compras es la obtención de bienes y servicios de empresas externas, a cambio

de un precio pactado entre el comprador (cliente) y el vendedor (proveedor).

Productos necesarios

Los centros sanitarios, para su correcto funcionamiento, establecen un **catálogo de productos**. Este catálogo abarca a los productos utilizados habitualmente, ordenados y codificados por tipo, familias, subfamilias, etcétera.

El departamento de compras es el encargado de mantener actualizado el catálogo, promoviendo las bajas, modificaciones y altas, habitualmente previa aprobación de una comisión específica o comisión de compras.

Los productos necesarios para el funcionamiento de una unidad los determinan los responsables de ésta a partir de los productos existentes en el catálogo del centro. Los consumos de la unidad, en cuanto a calidad y cantidad, son pactados con la dirección correspondiente, dentro de un conjunto de objetivos de producción, de calidad, económicos, y otros.

La incorporación de un nuevo producto al catálogo tiene que ser aprobada por la comisión de compras; y si la introducción implica un incremento del gasto, debe contar además con la aprobación del nivel directivo superior que el hospital tenga establecido.

Procedimientos de adquisición

El proceso de adquisición de los productos debe venir precedido por la definición de éstos. Dicha definición ha de estar basada en sus características físicas, operativas, y otras. En la medida de lo posible no se tendrán en cuenta marcas y modelos, con objeto de abrir el proceso de compra al mayor número de proveedores.

Los procedimientos de compra pueden ajustarse a diferentes modos, dependiendo de las características del comprador (privado o público), entre otras.

Estos procedimientos son los siguientes:

- **Compra directa:** una vez seleccionado el producto, se procede al pedido y compra.
- **Compra directa con concurrencia de ofertas:** una vez elaboradas las especificaciones técnicas del producto, se solicitan ofertas a varios proveedores seleccionados.
- **Concurso público:** puede ser restringido (aquel en el que se invita a un cierto número de proveedores a concursar) o abierto (pueden participar todos los posibles proveedores).

En las compras realizadas por organismos públicos, tanto los procedimientos como los proveedores están sujetos a los requisitos que establece la Ley de Contratos con las Administraciones Públicas.

En cualquier caso, si en el procedimiento de compra hay concurrencia de ofertas, se elaborará un informe en el que se indicará el nivel de cumplimiento de las especificaciones solicitadas. Estos datos, junto con la valoración económica, fundamentarán la decisión.

En los procedimientos de compra de las Administraciones Públicas, en especial las compras de servicios mediante concurso, se establecen los criterios de adjudicación a través de una valoración por puntos. Esta valoración asigna puntos a diferentes factores del producto, de modo que la adjudicación no se rige por el criterio único del precio más bajo, sino por el de suma mayor de puntos.

Es muy importante que los proveedores se ajusten a lo que establecen las solicitudes en cuanto a cantidades y plazos en los que se debe recibir el suministro. Estas cantidades y plazos, responderán exactamente a la programación que se haya hecho; es preciso evitar cualquier cambio que producirá una influencia directa en la organización de los depósitos (rupturas de *stock*, etc.).

Los departamentos de compras deberán llevar a cabo una investigación:

- Investigación de mercado que permita un conocimiento lo más profundo posible del sector de proveedores, los cuales se clasificarán en función de las necesidades que cada uno de ellos puede resolver.
- Una vez conocidas las necesidades de compra, las especificaciones técnicas que se deban cumplir y las posibilidades de los proveedores (precios, plazos de entrega, etc.), es más sencillo decidir cuál es el proveedor más idóneo. En una decisión de este tipo influirá también la experiencia sobre anteriores adjudicaciones y suministros realizados por el proveedor.
- Otros factores que adquieren su importancia en el momento de realizar la adjudicación a un proveedor son la: forma de pago, el programa de entregas, las garantías, y otros aspectos que podrán ser objeto de negociación.

Todas las condiciones negociadas, así como las características técnicas, presentación, cantidades, plazos, forma de pago, y otras, deben constar en el pedido que se entrega al proveedor, en el que figurará también un número de referencia, que es el que identificará el expediente de compra con toda su documentación.

Recepción de materiales

En el momento de la recepción del pedido se realizarán las siguientes actuaciones:

1. Comprobar la validez del número de pedido (licitación, compra directa, etc.) que ampara la expedición; comprobar también si se ha cumplido el plazo de entrega o si, por motivos administrativos, el pedido ha sido cancelado con anterioridad.
2. Controlar el número de paquetes y examinar si hay precintos rotos o señales que evidencien manipulaciones ajenas, mermas, daños externos o cualquier otro signo que pueda indicar problemas en los materiales recibidos.

3. Localizar las señales externas de identificación de la partida total y de las distintas cajas, lo que ayudará a controlar y cumplimentar los impresos o justificantes de recepción.
4. Descargar y abrir las cajas habilitadas para el transporte, dejando accesible la mercancía recibida.
5. Realizar las labores administrativas de archivo de los pedidos, cumplimentar los remitos de entrada, y el reparto de los mismos al departamento de contabilidad.
6. En caso de que se observen roturas o daños en los materiales, hacer las anotaciones oportunas en el remito del transporte o remito del proveedor, y retener la mercancía hasta que algún responsable indique cómo debe procederse.

Almacenamiento e inventarios

Almacenamiento

Los centros sanitarios disponen de catálogos con un gran número de productos, y muchos de esos productos deben estar disponibles en el propio centro. Ello obliga a contar con espacios de almacenamiento que sean suficientes y operativos.

Las labores de almacenamiento tienen como objeto acondicionar los materiales en zonas adecuadas, de forma que ocupen el menor espacio posible, requieran la mínima mano de obra, estén protegidos de deterioros y robos y sean fácilmente localizables y accesibles.

No obstante, podemos plantear dos criterios para el almacenamiento. Uno de ellos sacrifica la accesibilidad a fin de reducir los espacios de almacenaje. En otro, se prefiere una mayor facilidad en el manejo aun a costa de necesitar más espacio. Teniendo en cuenta estos criterios, para la definición del espacio de almacenamiento deberemos valorar los siguientes parámetros:

- El movimiento de entradas.
- El movimiento de salidas de los pedidos solicitados por los consumidores.
- El *stock* de seguridad que queremos tener.
- La rotación de *stocks* prevista.

Algunas de las funciones que han de ejecutarse en el almacén son las siguientes:

- Realizar el almacenamiento de forma tal que se eviten pérdidas y robos.
- Registrar los movimientos de material consignando cantidad, precio e importe.
- Cumplimentar los pedidos de los servicios.
- Realizar periódicamente el inventario de consumibles.
- Mantener coherencia entre los registros de inventario y las existencias reales.
- Situar los artículos de mayor volumen y peso lo más accesibles posibles.
- Preservar las condiciones de conservación de los productos almacenados.
- Mejorar las identificaciones y códigos de localización geográfica, rentabilizar los espacios, etcétera.
- Rediseñar periódicamente la distribución física del almacén.

Inventario

En este apartado nos referiremos al inventario de material inmovilizado (equipos), entendiendo como tal todo aquel elemento o equipamiento que interviene en el proceso productivo durante períodos superiores a un año.

El inventario consiste en el registro sistematizado de una serie de datos establecidos en una ficha técnica, correspondiente a los equipos objeto del inventario. Tiene como objetivo:

- Saber qué tenemos y dónde lo tenemos. La información debe consignarse de forma detallada, identificando los elementos del inmovilizado y su ubicación en las dependencias del centro.
- Mantener actualizada esta información, controlando los cambios de ubicación, las nuevas inversiones y las bajas.
- Responsabilizar de las instalaciones, elementos o equipos a los responsables de las unidades a las que están asignados.
- Posibilitar la elaboración de un plan detallado de mantenimiento preventivo de cada elemento.
- Identificar las acciones de mantenimiento correctivo y su coste.
- Mantener actualizado el plan de reposición de equipamientos e instalaciones.

Los elementos clave del inventario son los procedimientos de actuación y la ficha de inventario. En cuanto a los primeros, consisten en:

El **alta**, o registro de un nuevo equipo por adquisición, préstamo, donación, o construcción en el propio centro.

La **baja**, o anotación por la que un equipo se descarta debido a su obsolescencia, imposibilidad de reparación, desaparición, devolución.

Cambio, cambio de ubicación del equipo a otra unidad o dependencia.

La **Ficha de inventario** puede ser informatizada o en soporte físico, y consta, entre otros, de los siguientes datos:

- Número de inventario, asignado por orden correlativo.
- Localización: planta, unidad a la que está asignado el equipo, dependencia de la planta correspondiente.
- Descripción: se consignará genéricamente el equipamiento.
- Marca y modelo: descripción exacta del equipamiento objeto de inventario.
- Vida útil: tiempo estimado que transcurrirá desde su compra hasta su reposición.
- Importe de la amortización anual: precio de compra / vida útil.
- Fechas de compra e inventario.
- Campo de históricos para anotar datos correspondientes a reparaciones y costes.

En el momento que se recibe un equipo, el hospital debe proceder a inventariarlo, condición indispensable para cualquier actuación que se pretenda llevar a cabo con él. La baja de los equipos deberá venir precedida por la solicitud del servicio, el informe de mantenimiento y la autorización de la dirección.

Distribución

La unidad de distribución se ocupa de servir los pedidos solicitados por las unidades, acudiendo al almacén donde están

depositados, realizando la selección de los artículos que figuran en el pedido y localizando cada uno de ellos en las estanterías o espacios adecuados.

Una vez acondicionados los pedidos, el almacén (distribución) los entrega *in situ* a la unidad de gestión correspondiente, recabando de ella la conformidad con la entrega realizada.

Al margen de los medios que se utilicen para realizar la distribución, que pueden ser desde el carro hasta sistemas sofisticados como los que se emplean para entregar unidades o armarios codificados, los sistemas más habituales de distribución son los siguientes:

Reposición por stock estándar. Una vez establecido el *stock* de materiales en el almacenillo de las unidades funcionales, la reposición se realizará por la diferencia, es decir, se repone lo consumido.

Entrega por pactos de consumos. Se pactan los consumos con la unidad y se suministran las cantidades pactadas con la periodicidad acordada. Siempre se suministran las mismas cantidades, pero en caso de que se acumule material o de que sistemáticamente falte, se revisará el acuerdo.

Entrega contra pedido. La entrega se realizará de acuerdo con la demanda. Se sirve el pedido realizado.

Existen otros sistemas derivados de la combinación de los que se han mencionado; por ejemplo, reposición por *stock* estándar para productos de consumo regular y entrega contra pedido para otros materiales.

Hostelería

Dejando al margen sus aspectos asistenciales, en los centros sanitarios la hostelería es el área de servicio más cercana al cliente y de la que éste puede tener una opinión más cualificada. La hostelería reviste aspectos de calidad que somos capaces de apreciar claramente, ya que son similares a los que exigimos en nuestra vida cotidiana. Por este motivo la calidad percibida en las diferentes áreas de la hostelería se convierte por sí misma en uno de los indicadores más importantes para la valoración del centro. La calidad asistencial se da por supuesta; la de hostelería se ha de percibir.

En el ámbito sanitario diferenciaremos tres grandes áreas dentro de la hostelería: alimentación, lavandería-lencería y limpieza.

Alimentación

Es la unidad responsable de suministrar una alimentación adecuada a los pacientes que son atendidos en régimen de internación o ambulatorio. La idoneidad de la alimentación suministrada vendrá dada por las indicaciones nutricionales establecidas por los responsables de nutrición y por los factores que conciernen a la elaboración, presentación y distribución de los alimentos.

La producción de alimentos es un proceso que debe guardar un nivel alto de higiene; por ello adquiere, una gran importancia, entre otros factores, la distribución de los diferentes espacios de la cocina, que debe impedir que existan cruces entre procesos limpios y sucios.

Círculo del producto alimenticio

Para evitar que se produzcan cruces de circuitos, la distribución de las áreas de la cocina deberá seguir el principio de marcha adelante: en su cadena de elaboración los productos nunca retrocederán a espacios anteriores. Desde que son entregados por los proveedores hasta que son servidos a los clientes, los alimentos recorren los siguientes circuitos:

Recepción. En esta área, se realiza la confrontación del pedido con el material recibido, además de los controles de calidad, condiciones sanitarias y peso.

Almacenamiento. Una vez recepcionados los productos, se procede a almacenarlos según su naturaleza: los congelados se almacenan en las cámaras de congelados; el resto de los productos perecederos, en las cámaras, y el material no perecedero en el almacén de productos no perecederos.

Preparación. Dentro del área de preparación, distinguiremos dos zonas: la correspondiente a platos fríos, como postres y ensaladas, y la de alimentos cocinados. A fin de preservar la calidad de los alimentos, estas dependencias deben estar a temperaturas inferiores a la ambiente. Los equipos que encontramos en estas zonas son tales como cortadoras, picadoras, batidoras, etcétera.

Cocción. Los alimentos fríos pasarán directamente al emplatado; los alimentos destinados a ser cocinados deberán someterse al proceso que corresponda a las características del plato.

En la zona de cocción el equipamiento básico son las marmitas, planchas, sartenes basculantes, hornos de convección, freidoras y fogones.

Emplatado. Es la acción de colocar los diferentes alimentos en la bandeja para su transporte y consumo. Para ello utilizaremos boles y platos, según la presentación prevista. El emplatado se realiza en producciones medianamente importantes sobre una cinta móvil de emplatado, o bien, se utiliza una mesa de trabajo donde se disponen las diferentes bandejas.

Para emplatado, adosaremos a las cintas de emplatado los carros con los alimentos calientes. El proceso es el siguiente:

Se deposita la bandeja en la cinta con el indicador de la dieta que ha de contener. Se colocan los platos y a medida que va pasando la bandeja el personal de cocina va depositando los alimentos en las proporciones y disposición indicada en el manual de dietas. Una vez completada la bandeja, se tapa y se deposita en el carro de distribución.

En algunos centros sanitarios el emplatado se realiza en la unidad de hospitalización; en tal caso la comida llega en recipientes y desde los *office* se emplatado en la misma puerta de la habitación.

Distribución. La distribución se realiza en carros con capacidad para almacenar la cantidad de alimentos que necesita la unidad a la que se sirve. Si las bandejas no son cerradas, los carros deberán serlo con el objeto de mantener la temperatura. Una de las quejas más frecuentes de los pacientes con respecto a las comidas es que llegan frías, de modo que hay que procurar que el equipamiento utilizado para la distribución ayude a mantener en condiciones adecuadas los alimentos.

Como es lógico, las esperas en la salida de la cinta de emplatado o en las unidades antes de servir las comidas, contribuyen a que la comida no llegue en las mejores condiciones.

Recogida de sucio. Una vez finalizada la comida, se recogerán los utensilios y bandejas, depositándolos en los carros y trasladándolos a la recepción de sucio de la cocina, donde se procederá a su desbarace, es decir, a la eliminación de los restos de comidas, separando los diferentes utensilios para lavarlos en el lavavajillas.

Observando la comida sobrante, podemos conocer la aceptación de algunos platos, lo que será de utilidad a la hora de introducir modificaciones en las dietas y presentaciones.

Lavado de vajilla. El último paso del proceso es el lavado de la vajilla. Este trabajo suele estar mecanizado mediante lavavajillas fijos o en forma de túnel, en función de la dimensión del centro.

El lavado de vajilla ha de realizarse al acabar cada uno de los servicios. No se debe de dejar para el día siguiente a fin de evitar la proliferación bacteriana y la creación de adherencias en los platos que luego será difícil eliminar.

Una vez higienizadas, la vajilla y las bandejas quedarán depositadas en carros para su posterior utilización.

Cadena fría. La cadena fría es un sistema que permite organizar el trabajo de forma que entre la preparación y la entrega del alimento transcurra al menos un día. Los alimentos a temperaturas superiores a 65° se enfrían hasta una temperatura máxima de 10° en un tiempo de 2 horas, y después se almacena en una cámara a 3°, donde permanecerán hasta su utilización.

La regeneración de los alimentos así preparados se podrá realizar en la cocina o bien en la propia unidad. Desde la regeneración hasta el consumo no debe transcurrir más de una hora.

Manual de dietas

La organización del servicio de alimentación tiene como eje principal el manual de dietas. La dieta es su producto final, y su composición, cantidades, características y disposición estarán reflejados en el manual.

El manual de dietas se elabora a partir de los requisitos nutricionales establecidos por el servicio de nutrición para las diferentes dietas previstas. Como promedio, en los centros hospitalarios, existen alrededor de 15 dietas terapéuticas y una dieta basal. Esta cantidad puede variar en función de la complejidad del centro.

El manual de dietas deberá contener la siguiente información:

- Menús de invierno y verano diferenciados.
- Servicios que componen la dieta alimenticia: desayuno, comida, merienda, cena y resopón.
- Rotación de los menús, de forma que al menos en dos semanas no se produzcan repeticiones.
- Platos que componen la dieta de cada uno de los servicios.
- Disposición y presentación de cada plato en la bandeja.

Existirá una ficha para la elaboración de cada plato, en la que figurarán los gramajes de cada uno de los componentes, el sistema de preparación, la dimensión de los utensilios que se deben utilizar para suministrar la cantidad prescrita, etc.

Calidad de la alimentación

La percepción de la calidad de los alimentos servidos en un centro sanitario constituye un desafío para los responsables de estos servicios. Hay que tener en cuenta que aproximadamente

el 45% de las dietas suministradas son terapéuticas, lo que implica modificaciones en nuestros hábitos alimenticios (platos sin sal, triturados, etc.). Además, el tiempo que transcurre desde que se elabora la comida hasta que se sirve hace que en muchos casos la comida no tenga la temperatura y aspecto más adecuados. Por último, el hecho de que la cocina colectiva no se haga con el mismo esmero que la individual, contribuye en gran medida a la baja puntuación que se le otorga en las encuestas de satisfacción.

Los controles sistemáticos en el desbarace y las encuestas de satisfacción nos indicarán las preferencias de los clientes y el porqué de una valoración negativa.

El control del tiempo empleado desde que termina la cocción hasta que el menú es entregado al cliente, así como la temperatura de los alimentos en el momento de servirlos, son dos factores que ayudarán a conocer la calidad que estamos brindando.

También es indispensable realizar análisis bromatológicos de platos, cubiertos y superficies.

El seguimiento adecuado del servicio, sus incidencias y la implementación de mejoras implican la participación de diferentes estamentos; así pues, es importante que los responsables de las áreas de alimentación, enfermería, dietética y de otras áreas implicadas mantengan reuniones periódicas.

Por último, conviene resaltar que la calidad percibida aumenta considerablemente cuando el cliente puede elegir el menú. Son muchos los centros en los que es posible elegir entre 2 ó 3 primeros y segundos platos en la dieta basal, pero aunque ella no implica un aumento del coste, sí exige un esfuerzo importante de organización para poder realizar las planillas de peticiones.

Lavandería-lencería

El servicio que habitualmente se denomina «lavandería» comprende dos áreas bien diferenciadas: la primera es el servicio de lencería, que se ocupa de la recepción, almacenaje, distribución y reparación de los textiles nuevos y en circulación; la segunda es el servicio de lavandería encargado de la higienización de los textiles. Ambas áreas pueden ser propias o contratadas a empresas colaboradoras.

Lencería

Para que las funciones que desempeña la lencería se desarrollen de manera óptima es preciso que se conozcan los textiles y sus características, al margen de que puedan ser propios o externos en régimen de franquicia. Los textiles en régimen de franquicia pertenecen a la empresa externa, y su coste de adquisición suele estar incluido en el precio por kilo del textil higienizado.

En los centros sanitarios se emplean diferentes tipos de prendas, cada una de ellas destinada a una utilidad o, en el caso de la vestimenta del personal, a cada categoría profesional.

Entre las prendas más comunes están:

En la línea hospitalaria: sábanas, entremetidas, fundas de almohada, colchas de cama, mantas, toallas de mano, toallas de baño, picos de niño, sabanillas de cunas, almohada de espuma, paños de vajilla, manteles, paños de cocina, fundas de colchón, gorros verdes de quirófanos, paños verdes, sabanas verdes, entremetidas verdes, etcétera.

En la línea de ropa de forma: camisetas de niño, pijamas de enfermo, camisón de señora, pijama de niño, pijama de bebé, camisón de exploraciones, pijama de cirujano, bata de doctor, pijama de enfermera, uniforme de celador, batas de auxiliares de enfermería, equipos de cocineros, batas verdes de quirófanos, delantal, falda, camisa de personal de mantenimiento, pantalón de personal de mantenimiento, etcétera.

Definición de los textiles

Todos los textiles que se vayan a utilizar en el medio hospitalario deben estar definidos en una ficha técnica en la que constarán los parámetros siguientes:

Medidas. Se harán constar todas las medidas que debe tener la pieza una vez confeccionada (sábana, travesero, etc.), especificando el tipo y ancho de las costuras, así como el margen máximo y mínimo.

Patronaje. En los uniformes se indicará si se trata de tallas normalizadas y el tipo de norma que deseamos para su confección.

Tallas. Se especificará la cantidad de tallas necesarias de cada tipo de prenda.

Colores. Se definirá la gama de colores por cada tipo de prenda y a qué norma pertenecen.

Composición. Este parámetro determina si los hilos que forman la trama y la urdimbre deben ser de algodón cien por cien o si pueden contener algún tipo de fibra diferente.

Densidad del tejido. Cuantifica el número de hilos por centímetro de la trama y la urdimbre.

Peso por metro cuadrado. Este parámetro cuantifica la «cantidad» de tejido por unidad de superficie. Hay que tener en cuenta los aprestantes utilizados durante la fabricación de los tejidos, estos productos hacen aumentar artificialmente el peso por metro cuadrado de tejido.

Otros parámetros son el grado de polimerización, fibrograma, título del hilo, torsión del hilo, número de cabos y mercerización.

Observaciones. Hay que tener en cuenta que un parámetro puede ser mejor en unos casos y otro en otros, sin que se aprecien diferencias importantes al observar todos los parámetros en su conjunto. En cualquier caso, siempre es recomendable pedir al laboratorio especializado encargado de los análisis de calidad de los tejidos que emitan su opinión sobre las distintas muestras que se le hayan enviado.

Stocks de textiles

El tipo y cantidad de textiles que forman el *stock* de un punto de consumo debe definirlo la dirección de enfermería.

En el caso de una unidad de hospitalización, el número ideal de *stocks* de textiles en circulación es habitualmente de cinco, pero debido a su coste y a la reducción de tiempo obtenida en los procesos de reposición, es habitual trabajar con tres y medio o cuatro. La ubicación de los *stocks* en el hospital es la siguiente:

- El primero en la cama.
- El segundo en el estante de la unidad de enfermería.
- El tercero en transporte entre enfermería y lavandería.
- El cuarto en la lavandería, en proceso de higienización.

- El quinto en la lavandería, ya higienizado para ser suministrados los días festivos y para suplir las roturas de *stock* por averías o carencias de suministro.

Reposición de los textiles

La reposición de los textiles consumidos (utilizados) en las unidades de enfermería o en los puntos de consumo ya establecidos puede hacerse de varias maneras, de entre las cuales mencionaremos las dos siguientes:

- Suministrar toda la cantidad que solicite enfermería.
 - Si los textiles están marcados con el nombre de la unidad a la que pertenecen, se suministran los que están ya limpios.
 - En caso contrario, se cambian sucios por limpios.
- Reponer el *stock* por diferencia de inventario.

Este último sistema es el más utilizado, habida cuenta de que el inventario de los textiles limpios situados en la estantería de la unidad de enfermería o del punto de consumo debe realizarse una vez se ha efectuado el cambio de ropa en todas las camas.

Elementos de transporte

Debe ser norma de obligado cumplimiento que los elementos que utilizemos para transportar la ropa sucia y la ropa limpia sean totalmente diferentes y en ningún caso se utilicen para fines distintos de los previstos; así evitaremos contaminar los textiles higienizados.

Existen en el mercado infinidad de elementos para transportar la ropa: contenedores con ruedas, carretillas, tubos de transporte por gravedad, tubos de transporte neumático, etcétera.

Contenedores para el envasado de los textiles

Antes de ser colocados en los elementos de transporte para trasladarlos a la lavandería, los textiles sucios se introducirán en contenedores, que formarán una barrera de protección para evitar que se contamine cualquier elemento exterior.

Habitualmente estos contenedores son de tres tipos:

- Sacos textiles lavables.
- Sacos solubles de un solo uso. Estos contenedores, debido a su alto coste pueden ser utilizados exclusivamente para transportar textiles muy contaminados.
- Sacos de polietileno. Se emplean para transportar la ropa limpia desde la lavandería hasta las unidades de consumo, para realizar después el camino inverso con la ropa sucia; una vez utilizados se desechan.

La utilización de unos u otros debe decidirse teniendo en cuenta no sólo la relación existente entre el coste de adquisición dividido y el número de veces que se emplearán, sino también el grado de contaminación medioambiental una vez desechados.

Circuitos para el transporte de ropa

Los circuitos que utilizaremos en el hospital para transportar tanto la ropa sucia como la ropa limpia desde la lavandería a los puntos de consumo, y viceversa, tienen que ser diferentes, ya sean verticales u horizontales; también han de ser diferentes los elementos de transporte: montacargas, furgonetas, carros, etcétera.

Costurero

Entre las funciones de la lencería está la reparación de la ropa.

Una vez lavada y secada la ropa, todas las prendas deterioradas (roturas, falta de botones, manchas que después del lavado no desaparecen, etc.) se llevan al costurero, donde se procede a su reparación o bien a su baja y reutilización para otros usos.

Lavandería

Los textiles propios pueden ser higienizados en la lavandería del centro o en una lavandería externa. En todo caso, la lavandería debe contar con las áreas que se indican a continuación, ordenadas según el proceso que se sigue desde la entrada de ropa sucia hasta la salida de ropa procesada. Estas áreas están agrupadas en dos zonas, separadas entre sí por una barrera sanitaria.

Zona sucia

- Recepción de ropa sucia.
- Clasificación.
- Carga de lavadoras.
- Almacén de jabones.

Zona limpia

- Recogida de ropa lavada.
- Secado.
- Planchado (calandra, maniqués, túnel de planchado, prensa).
- Plegado (plegadoras de ropa lisa, plegadora de uniformidad).
- Empaquetado.
- Expedición.

El equipamiento, instalaciones y nivel de automatización de las lavanderías son muy variados y dependerán del tamaño del centro productor. Así, para producciones altas se utilizan túneles de lavado con un alto nivel de automatización; en cambio, para producciones bajas se emplean lavadoras de tamaños variables, con una gran carga de trabajo manual. El equipamiento básico consta de:

Lavacentrífuga estándar

Es aquella en la que la carga y descarga se realiza manualmente por la misma puerta; el resto del proceso es totalmente automático y está controlado por procesador.

Lavacentrífuga con descarga automática

La carga se realiza manualmente, pero la descarga se efectúa mediante la inclinación de la lavadora por un sistema de cilindros hidráulicos. La máquina, con la puerta abierta y una rotación oscilante, evacua su carga en una cubeta con ruedas que previamente se habrá situado delante de la puerta.

Lavacentrífuga con barrera sanitaria

En ella la carga y la descarga se realizan por puertas opuestas, con dispositivos electromecánicos de seguridad que no permiten abrir una puerta si la otra no está cerrada; dispone de un electroventilador que, al abrir la puerta, establece dentro de la máquina una corriente de aire que circula de la zona limpia a la zona sucia.

Túnel continuo

Dispone en su interior de un tornillo sin fin de gran diámetro y cuyo envolvente es un cilindro de gran tamaño que gira 300° de derecha a izquierda y viceversa; al cabo de un tiempo preestablecido efectúa un giro de 360°, lo que produce el avance de la ropa dentro del túnel.

Túnel modular

Está compuesto por una serie de módulos parecidos a los de la lavadora, pero de mayor diámetro. En el interior de cada módulo el bombo cuenta con una pala en forma de rampa; este bombo efectúa un giro a derecha e izquierda de 300° y viceversa; al cabo de un tiempo predeterminado efectúa un giro de 360°, colocando la ropa en la parte superior de la pala y deslizándola mediante la gravedad al módulo siguiente.

Secadores

Los secadores pueden ser de tres tipos:

- Con control de tiempo.
- Con control de tiempo y temperatura mediante termómetro y termostato.
- Con control de tiempo, temperatura y programa de enfriamiento.

Introdutores

Sirven para introducir la ropa plana en las calandras. Son muchos los introductores disponibles en el mercado; los hay para piezas de distintos tamaños y tipos, tales como sábanas, traveseros, tallas, servilletas, etc., así como de un solo puesto de trabajo y de varios.

Calandras

Las calandras son equipos para el secado y planchado de la ropa plana, y pueden ser de uno o varios rodillos. Los rodillos se fabrican en distintos diámetros, con lana de acero o muelles para presionar los muletos contra la ropa.

Plegadoras de sábanas

Las plegadoras de sábanas se fabrican para tres doblados longitudinales y uno o dos doblados, transversales. A este tipo de máquinas puede añadirse un apilador automático con cinta de evacuación y almacenaje de varias pilas.

Plegadoras de toallas

Este tipo de máquinas permiten efectuar todos los tipos de doblados en las toallas, según las normas de cada país. Algunos modelos también permiten doblar batas, camisones, chaquetas de pijama, batas de quirófano y otras prendas.

Plegadoras de uniformes

Existen en el mercado máquinas para el doblado de uniformes, con modelos semiautomáticos y otros totalmente automatizados, que pueden situarse a continuación del túnel de secado.

Túneles de secado

Este tipo de máquinas permiten efectuar el secado y alisado de los uniformes mediante vapor y aire caliente.

Maniquíes

Son máquinas para secar y planchar batas y chaquetas de pijama que utilizan vapor, aire caliente y palas de presión. Las hay hinchables y mecánicas que se expanden para producir un efecto de planchado. Toda la máquina está recubierta

por una cabina para evitar pérdidas de calor, y los vahos, mediante un extractor, pueden ser evacuados al exterior.

Prensas

Las prensas son máquinas que permiten obtener una gran calidad en el planchado de pantalones. Las hay de plato simple y de plato doble. Disponen de vapor y aspiración para realizar el planchado.

Empaquetadoras

Una vez higienizados los textiles, se empaquetan para que queden protegidos y mejor presentados. Para ello pueden utilizarse empaquetadoras, que son máquinas que colocan una hoja de polietileno encima del paquete de ropa y otra debajo. Disponen de un mecanismo de avance automático en una cinta transportadora que lleva el paquete al interior del túnel de retráctilado, donde adquiere forma por efecto de la temperatura.

Instalaciones

Las instalaciones básicas en una lavandería son las de electricidad, vapor, condensados, extracción de vahos, agua descalcificada, detección de incendios, extinción de incendios, renovación de aire y aire comprimido, entre otras.

El calor necesario para el funcionamiento de las máquinas puede ser producido mediante electricidad, gas, vapor o aceite térmico.

Elementos básicos del proceso de lavado

Productos

Los productos activos que se utilizan en el proceso de lavado son esencialmente dos: oxidantes y detergentes. Los oxidantes mas habituales son el hipoclorito sódico, perborato sódico y el peróxido de hidrógeno.

Programas de lavado

Existen muchos programas de lavado, pero en todos ellos se mantiene relación directa entre cuatro componentes, de tal manera que cualquier variación en uno de ellos repercute en los demás. Estos componentes son:

- Acción mecánica.
- Temperatura del baño.
- Tiempo.
- Acción química (detergentes, oxidantes).

Controles

Los controles que debemos realizar son cinco:

Control de la composición y calidad del tejido: se realiza a través del informe del laboratorio, que permite saber si los tejidos cumplen los parámetros exigidos en su compra.

Control de las condiciones del agua de los baños: para que las condiciones del agua sean óptimas controlaremos su dureza, el nivel de cloruros, el nivel de hierro y pH del último aclarado.

Control de la calidad de los detergentes y oxidantes: se controlarán los gramos y el precio por kilo de ropa de cada detergente y oxidante, las probetas textiles, la resistencia mecánica a la rotura en seco y húmedo y, por último, el grado de incrustación de los detergentes.

Los controles que hay que realizar sobre la producción son los siguientes: controles por tipo de máquina, por tipo de tejido y por consumo de detergentes; porcentaje del rechace; cantidad de unidades retiradas del *stock* de textiles en circulación y motivos por los que se han retirado, pérdidas de textiles, productividad y costes.

Control del higienizado de los textiles: este control es el más importante, ya que nos indica si los textiles están correctamente higienizados en el momento de suministrarlos. Para ello solicitaremos a un laboratorio homologado que lleve a cabo un control microbiológico, que debe ser realizado mediante placa de cultivo tipo Rodac o similar, para efectuar el recuento de microorganismos aerobios totales (UFC/cm²). El valor obtenido no puede ser superior a 6 colonias por centímetro cuadrado.

Limpieza

El servicio de limpieza tiene como función mantener todos los parámetros verticales y horizontales del centro sanitario en perfectas condiciones de higiene, de acuerdo con los criterios y las normas establecidas en los programas para cada una de las zonas de alto, medio y bajo riesgo.

La limpieza tiene una importancia capital para que el entorno favorezca el buen fin del proceso por el que un paciente acude al centro sanitario. En los hospitales, un porcentaje considerable de las estancias se deben a infecciones contraídas dentro del propio centro.

Para que el servicio de limpieza se preste correctamente hay que organizar los trabajos según la definición del riesgo de las distintas zonas y el programa de limpieza para cada una de ellas. Esto comportará cargas diferentes de trabajo y, por tanto una asignación de recursos humanos y físicos diferentes entre una zona y otra. A título puramente orientativo, podemos decir que, en una jornada, un empleado del servicio de limpieza puede limpiar una superficie que oscila entre 500 y a 1000 m², en función del riesgo de la zona.

Naturaleza de las zonas

A efectos de la organización de la limpieza se distinguirán tres tipos distintos de zonas de acuerdo con los riesgos que puedan suponer con respecto a los pacientes:

- Zonas de alto riesgo: quirófanos, UCI, etc.
- Zonas de riesgo medio: unidades de hospitalización, laboratorios, etc.
- Zonas de bajo riesgo: despachos, almacenes, vestíbulos, etc.

Los programas de limpieza

Los programas de limpieza tienen por objeto precisar las necesidades mínimas de limpieza. Se establecerán programas por cada zona y subzona de riesgo.

Los programas contemplarán tres elementos fundamentales:

- Elementos sobre los cuales se ha de realizar la limpieza.
- Naturaleza de los tratamientos.
- Frecuencia mínima de los trabajos de limpieza.

Con carácter general se tendrán en cuenta las siguientes normas:

Se limpiará siempre que se vea suciedad. Esta limpieza se hará por el personal de limpieza asignado de forma fija a una zona concreta, o bien personal «volante» solicitado al efecto por los responsables de los servicios del hospital.

Salvo en las áreas agrupadas como talleres o almacenes, no se podrán utilizar en ningún caso, escobas, plumeros y otros utensilios o equipos que puedan levantar polvo. Tampoco se podrá fumigar ni emplear ambientadores pulverizados o en spray.

Materiales y productos que se pueden utilizar:

Gamuzas humidificadas, fregonas de doble cubo.

Detergentes aniónicos, asociación de aldehídos como desinfectante de cualquier zona de alto riesgo, y lejía a 50 grados de cloro activo por litro como desinfectante de otras zonas.

Para fregar los suelos se empleará un equipo con doble cubo, uno con agua fría, detergente y desinfectante, y otro con el agua para el aclarado de la fregona. El contenido de los cubos se renovará en cada habitación.

La limpieza se realizará siempre atendiendo al siguiente criterio: de arriba abajo, de limpio a sucio, de dentro afuera, con bayetas de color distinto según el elemento que se vaya a limpiar.

Después de cada proceso de limpieza, se limpiarán diariamente bayetas, fregona y demás utensilios.

Programa de la limpieza específica de un quirófano

A modo de ejemplo, se expone el programa de la limpieza tipo de un quirófano.

Limpieza inicial de la jornada:

- Se efectúa al abrir el quirófano, y consiste en la limpieza, con rejilla húmeda con desinfectante, de las superficies horizontales de la mesa de intervención quirúrgica, mesa de anestesia y mesa de instrumental y auxiliares.

Limpieza entre intervenciones:

- Se retiran con mopa los residuos que se encuentran en el suelo y se colocan todos ellos en bolsas de plástico o contenedores, conforme a las normas para los distintos tipos de residuos.
- Se sacan las bolsas a los pasillos para su posterior retirada.
- Se limpian paredes, superficies verticales, lámparas y cualquier elemento que hubiera recibido salpicaduras de líquidos orgánicos o sangre.
- Se limpian las superficies horizontales igual que en la limpieza inicial del día.
- Se friega el suelo de toda la sala.

Esta limpieza se realizará una vez que el personal sanitario haya dejado libre el quirófano.

Limpieza tras intervenciones contaminadas:

Salvo caso de fuerza mayor, estas intervenciones suelen estar programadas para el final de la jornada. La limpieza posterior a este tipo de intervenciones se ajusta al siguiente procedimiento:

- El personal sanitario retira el instrumental y los textiles.
- A continuación, el personal de limpieza retira los residuos como en el caso de la limpieza entre intervenciones.
- El quirófano se cierra durante una hora.
- Por último, se procede a una limpieza similar a la del final de jornada, que se resume en el apartado siguiente (excepción hecha de la retirada de residuos, ya realizada).

Limpieza final de la jornada:

Se realiza al terminar la última intervención de la jornada o una vez cada 24 horas: se trata de quirófanos de urgencia o de quirófanos que se utilizan en varios turnos. Consiste en:

- Retirar los residuos de la intervención anterior, como en la limpieza entre intervenciones.

- Limpiar zonas de techo y paredes que hubieran recibido salpicaduras de sangre o líquidos orgánicos, o en las que se vea suciedad.
- Limpiar de forma sistemática las superficies horizontales y verticales exteriores de todo el equipamiento móvil (incluso las ruedas) o fijo, y de todo el mobiliario clínico.
- Limpiar las puertas de entrada y salida, así como los interruptores, enchufes o cualquier otro elemento en contacto habitual con las manos.
- Fregar todo el suelo.

Limpiezas complementarias semanales y trimestrales:

Semanalmente se debe limpiar:

- Las rejillas de aspiración, previo desmontaje.
- Toda la superficie de las paredes.

Trimestralmente, se procederá a la limpieza de:

- Los techos y difusores de aire, así como las luminarias.
- El interior de armarios y las estanterías, previamente vaciados.

Calidad y controles

La calidad del servicio, tanto si se presta con personal propio como si es externo, será valorada por los responsables designados al efecto mediante una apreciación visual del estado de limpieza de cada zona después del tratamiento. Dicha apreciación se llevará a cabo diariamente observando una muestra de las áreas en las que se acaban de realizar las tareas previstas en el programa. La observación se extenderá a todos los elementos del área que corresponda limpiar ese día, cuyo estado de limpieza se confrontará con el estándar óptimo, según el cual no se notaría diferencia si se volviese a limpiar conforme a las especificaciones establecidas.

Se efectuarán también mediciones de colonias de alto y medio riesgo; en las pruebas con placas Rodac o similares, realizadas recién efectuada la limpieza y antes de un uso intensivo del área, no se debe encontrar más de 10 ó 20 colonias, respectivamente.

Ingeniería y mantenimiento de las instalaciones

La finalidad de estos servicios es mejorar y mantener en condiciones operativas y de seguridad las instalaciones, equipamiento y estructura del edificio sanitario.

La ingeniería se ocupa principalmente del diseño y establecimiento de criterios para la realización de nuevas instalaciones o la reforma de las existentes. El servicio de mantenimiento, tiene como función el conservar el edificio y las instalaciones dentro de los parámetros con que fue diseñado o rediseñado.

Descripción de las instalaciones

Entre las principales instalaciones de un centro sanitario están las siguientes:

Instalación eléctrica de alta tensión (AT): para el suministro de electricidad al edificio y su transformación a baja tensión. Sus elementos principales son:

- La acometida, consistente en la línea de suministro de la compañía eléctrica.
- Los transformadores.

- Disyuntores y seccionadores, elementos de interrupción para la conexión o desconexión con el edificio.
Las instalaciones de alta tensión deben ser manejadas con sumo cuidado dado el riesgo que entraña y siempre por profesionales cualificados.

Instalación eléctrica de baja tensión (BT): distribuye la energía eléctrica hasta los equipos receptores.

Sus elementos principales son:

- Cuadro general de baja tensión (CGBT), de donde salen las líneas generales a las diferentes zonas o plantas del edificio.
- Cuadros secundarios, donde se encuentran los elementos de protección y las líneas de distribución que alimentan los diferentes circuitos de la zona (neveras, luces de pasillo, etc.).
- Elementos terminales, consistentes en enchufes, luminarias u otros receptores.

En los cuadros secundarios hay dos elementos de protección: el interruptor diferencial, que actúa cortando el circuito eléctrico cuando existe una fuga de corriente (por ejemplo, la descarga sobre una persona) y el interruptor magnetotérmico, que actúa cortando el circuito cuando se produce un cortocircuito o un consumo por encima del nivel establecido para el magnetotérmico.

Grupo electrógeno: proporciona fluido eléctrico a las zonas más importantes del edificio cuando hay cortes en el suministro de la compañía eléctrica. Se pone en marcha de forma automática.

Como sólo entra en funcionamiento cuando sobreviene una emergencia, debe ser objeto de un mantenimiento periódico para que esté siempre en perfectas condiciones.

Central térmica: suministra el agua caliente para uso sanitario o para calefacción. Sus elementos principales son las calderas de gasóleo o gas, y las bombas que impulsan el agua caliente hasta los diferentes elementos terminales, a través de la red de distribución.

Las instalaciones de agua caliente disponen de un sistema de distribución consistente en una impulsión y un retorno; esto es, mediante una bomba de circulación el agua caliente siempre está circulando; de esta manera, cuando abrimos el grifo disponemos instantáneamente de agua caliente.

Para la calefacción, el agua caliente circula a una temperatura de unos 70°-80°. Si se trata del agua caliente sanitaria, su temperatura a la salida de cualquier grifo debe estar por encima de los 55°, para evitar la proliferación de Legionela.

Para que no se produzcan pérdidas energéticas durante el recorrido del agua caliente, las tuberías deben estar aisladas térmicamente (calorifugadas).

Instalación de frío: suministra la energía frigorífica a los equipos de aire acondicionado. Está compuesta de un equipo con unidad condensadora y evaporadora y las correspondientes bombas de circulación. Pueden ser compresores que generan agua fría o equipos que enfrían directamente el aire. Estas máquinas pueden estar refrigeradas por agua o por aire. En el primer caso se necesitan torres de refrigeración para enfriar la unidad condensadora (el equivalente al serpentín que hay detrás de los frigoríficos domésticos).

A igual que en la instalación de agua caliente, para que no haya pérdidas energéticas durante el recorrido del agua fría las tuberías estarán aisladas térmicamente (calorifugadas).

Instalación de aire acondicionado: es la instalación que lleva a las diferentes dependencias el aire tratado en determinadas condiciones de temperatura y humedad.

La instalación de aire acondicionado está compuesta de climatizadores por donde se hace pasar el aire a través de una batería de frío o de calor (serpentín por donde pasa el agua fría o el agua caliente). Los climatizadores disponen de turbinas para impulsar el aire y, en función de las dependencias a las que va destinado el aire, disponen de filtros de mayor o menor eficacia y de elementos reguladores de la humedad.

El aire impulsado por las turbinas llega a las dependencias mediante conductos de diferentes grosores dependiendo de la cantidad de aire que se ha de impulsar.

Los conductos de aire deben estar aislados térmicamente a fin de evitar las pérdidas energéticas.

Se utilizan también de forma puntual. En zonas donde no es necesario un tratamiento riguroso de la calidad del aire, se emplean a veces unidades de aire acondicionado de tipo doméstico (*splits*). No obstante, los edificios se diseñan con sistemas centralizados, que son más eficientes y permiten un mejor control de la calidad del aire.

Instalaciones de gases medicinales: son las instalaciones que distribuyen los gases medicinales a las diferentes dependencias (habitaciones, quirófanos, etc.). Existen instalaciones para distribuir oxígeno, protóxido de nitrógeno, aire comprimido y vacío.

El oxígeno puede estar suministrado por botellones o por tanque, dependiendo del consumo que se haga en el centro. También se distribuye así el protóxido, aunque este gas anestésico es sustituido en muchos centros sanitarios por otros gases que se utilizan de forma local con los equipos de anestesia.

El aire medicinal puede ser de compresor debidamente tratado o bien de botella, dependiendo del consumo. El vacío se consigue mediante bombas de vacío.

Instalación de agua sanitaria: tiene como finalidad obtener el agua de red suministrada por la empresa de agua y distribuir-la en condiciones de calidad a los puntos de consumo.

Está compuesta por la acometida de la compañía, un depósito de agua primaria (que se utiliza cuando hay cortes en el suministro), un sistema de tratamiento (cloración, descalcificación, etc.) y un depósito de agua tratada, lista para el consumo.

El agua se hace llegar a los puntos de consumo del edificio, mediante los grupos de presión.

Instalación de combustibles: habitualmente el combustible utilizado para el funcionamiento de las calderas es el gas natural o el gasóleo. El gas natural también se utiliza para algunos equipos de cocina.

Instalación de detección y extinción de incendio: la instalación de detección está compuesta por una central de detección o detectores de incendio, pulsadores y sirenas. La central de detección puede ser analógica o digital; la primera detecta la zona donde tiene lugar el incendio y la segunda detecta la dependencia concreta. La instalación de extinción puede tener extintores de polvo o de CO₂ (para extinción de fuegos de origen eléctrico), BIE (bocas de incendio equipadas), hidrantes (bocas de incendio externas), puertas cortafuego y otros elementos, en función de las características del edificio.

Equipamiento electromédico: es un conjunto de equipos eléctricos y electrónicos de uso médico.

Otras instalaciones: existen otras muchas instalaciones, bienes y equipos que deben ser objeto de mantenimiento en un centro sanitario, tales como ascensores, equipos de comunicaciones, pararrayos, instalaciones para el tratamiento de aguas residuales, mobiliario clínico, mobiliario, obra civil, etcétera.

Mantenimiento

El mantenimiento que se realiza en los centros sanitarios, se puede clasificar de forma general en mantenimiento correctivo, mantenimiento preventivo, mantenimiento conductivo y mantenimiento técnico-legal.

Estos tipos de mantenimiento los puede llevar a cabo personal propio o externo. El personal de oficios que interviene habitualmente en el mantenimiento pertenece a las siguientes categorías: electricista, calefactor, frigorista, técnico electromédico, mecánico, carpintero, albañil, pintor y jardinero.

El mantenimiento correctivo es el que tiene por objeto subsanar averías o incidencias. El personal de mantenimiento interviene al conocer la incidencia por medios propios o cuando le es comunicada por los responsables del elemento averiado.

El sistema de aviso utilizado suele ser el parte de avería, que es un impreso que cumplimenta el responsable de la unidad o servicio, indicando la incidencia y el lugar en el que se ha producido. El parte suele constar de tres copias: una sirve como justificante y control para el emisor del aviso, otra pasa a la dependencia donde se registran las averías y otra se envía al servicio de mantenimiento.

Cuando las averías son urgentes, el aviso se da por vía telefónica y el parte se cumplimenta después.

Actualmente, se tiende a eliminar el parte en formato papel, y a sustituirlo por partes informatizados.

En muchas ocasiones la avería la detecta el propio personal de mantenimiento, que se encarga también del aviso. En cualquier caso, toda avería ha de quedar registrada.

El registro de averías permite, además de llevar a cabo su control y seguimiento, mantener un histórico que nos indicará, entre otras cosas, la conveniencia o no de realizar futuras reparaciones.

El mantenimiento preventivo es el que se efectúa de forma programada sobre las instalaciones, para prevenir futuras incidencias.

Para llevar a cabo este mantenimiento es preciso disponer del inventario de las instalaciones y del programa de actuaciones para cada uno de los equipos o instalaciones, según los criterios y la periodicidad establecidos por los fabricantes.

Para realizar un mantenimiento preventivo correcto conviene disponer de un programa informático en el que estén introducidos los datos sobre las instalaciones y sus diferentes elementos, así como las actuaciones, materiales que se deben utilizar y periodicidad de mantenimiento. Este programa generará de forma automática órdenes de trabajo para el servicio de mantenimiento.

El mantenimiento preventivo no puede ser ilimitado. Atendiendo a las indicaciones de los fabricantes en cuanto a sustitución de piezas, ajustes, y otros criterios, ha de guardar un equilibrio con el mantenimiento correctivo, de forma que el

coste conjunto del mantenimiento correctivo, del preventivo y del coste por falta de explotación sea mínimo. Todo ello debe hacerse respetando los criterios de seguridad y cumplimiento de la normativa.

El mantenimiento conductivo es el que se encarga de la conducción de las instalaciones (control, seguimiento, etc.). Generalmente se realiza sobre las instalaciones centrales, como salas de calderas, grupos frigoríficos, y otras.

Las actuaciones realizadas en el mantenimiento conductivo suelen ser el encendido y apagado de los equipos, el control del funcionamiento, presiones, temperaturas, niveles y, en general, del buen funcionamiento de los equipos.

El mantenimiento técnico-legal. Los equipos e instalaciones existentes en los centros sanitarios tienen que ajustarse a determinadas normativas técnicas. Estas normativas obligan a una serie de revisiones e inspecciones de carácter legal. Las revisiones han de ser realizadas por empresas de mantenimiento homologadas a tal efecto, y las inspecciones, por las empresas de inspección y control acreditadas por el Ministerio de Industria o, en su caso, por las comunidades autónomas. Entre los principales equipos e instalaciones sujetos a normativa figuran los siguientes:

- Alta tensión.
- Baja tensión.
- Instalaciones especiales (quirófanos, UCI, etc.).
- Calderas.
- Ascensores.
- Equipos de asistencia vital.
- Instalación contra incendios.
- Tratamientos contra la Legionella.

Ingeniería

Como hemos señalado, la ingeniería tiene como función la mejora de las instalaciones, que se lleva a cabo mediante su rediseño, la realización de proyectos de nuevas áreas y el establecimiento de criterios para el control energético y para los materiales que se vayan a utilizar.

Para la realización de estas funciones existe una oficina técnica, que además se responsabiliza de la gestión de planos.

Seguridad

En el ámbito de los servicios generales, existen dos áreas diferenciadas encargadas de la seguridad de los centros sanitarios: vigilancia y sistemas electrónicos de seguridad.

La vigilancia, comprende los sistemas clásicos de seguridad, que llevan a cabo la vigilancia y controles mediante personas físicas.

Los servicios más comunes son los de control de accesos, rondas, encendido y apagado de luces, control de objetos, control de conflictos, actuación en casos de incendios, recogida de recaudaciones, control del aparcamiento y control de los sistemas electrónicos de seguridad.

En la mayoría de los casos la vigilancia está a cargo de personal externo perteneciente a empresas de seguridad.

Los sistemas electrónicos de seguridad son sistemas de vigilancia y control basados en equipos electrónicos. Entre otros,

constan de: cámaras fijas, cámaras móviles, equipos antiintrusión, alarmas de seguridad de equipos y alarmas del sistema contra incendio. Todas las alarmas y controles se encuentran centralizados en un centro de control.

En la actualidad se tiende a sustituir, en la medida de lo posible la vigilancia por sistemas electrónicos de seguridad, que permiten mayor control con menor coste. Únicamente se mantiene la vigilancia en el centro de control.

Las rondas realizadas, así como cualquier incidencia, deben quedar anotadas en los libros de registros de incidencias.

Gestión de los residuos sanitarios

La gestión de los residuos consiste en la identificación y aplicación de las medidas más adecuadas desde el punto de vista sanitario (salud laboral, salud del paciente), técnico, económico y ambiental.

La gestión de los residuos viene motivada por tres factores: el creciente aumento de los residuos que se generan en las sociedades modernas, el interés cada vez mayor por los problemas medioambientales y una mayor atención a la salud laboral.

En el ámbito sanitario las diferentes etapas que nos encontramos en la gestión de residuos son:

Minimización

Se puede conseguir mediante la: prevención, por medio de la reducción de los residuos generados y de su peligrosidad; minimizando el uso de sustancias peligrosas y sustituyéndolas en lo posible por otras que no lo sean; utilizando la menor posible cantidad de desechables, reciclando (papel, cartón, medicamentos), y con el aprovechamiento energético de los residuos.

Generación

En el momento en que algo se desecha se convierte en residuo; por tanto, sólo se genera un residuo al desechar un bien.

Clasificación

La clasificación de los residuos persigue dos objetivos básicos: el primero es evitar que los residuos de riesgo microbiológico o químico estén mezclados con los residuos sólidos urbanos (RSU) y, por tanto, se viertan sin tratamiento previo alguno, con el consiguiente riesgo para la comunidad y el medio ambiente; el segundo es evitar que en los residuos de riesgo microbiológico o químico haya RSU, y que serán sometidos a un tratamiento innecesario y costoso. Hay que tener en cuenta que si todos los residuos se tratan los costes serían muy altos.

La clasificación de los residuos varía según los países, que pueden establecer un mayor o menor número de grupos. En nuestro caso estableceremos cuatro grupos:

Grupo I

Son residuos asimilables a los urbanos generados por la actividad de atención a la salud y cuya gestión no plantean exigencias especiales. Son similares a los residuos urbanos:

- Material de despachos y oficinas.
- Residuos de bares, cafeterías y cocinas.
- Residuos que provienen de la limpieza de habitaciones.
- Embalajes.
- Flores y jardinería.
- Equipamiento obsoleto.

Grupo II

Son los residuos procedentes de la actividad asistencial que han tenido contacto con los enfermos. Excluidos los del grupo III:

- Material de curas: compresas, vendajes, algodón usado, etcétera.
- Textiles manchados con fluidos corporales.
- Contenedores vacíos de sangre y de sueros usados con fines terapéuticos.
- Equipos vacíos de goteo, sondas, catéteres, equipos de diálisis de pacientes no portadores.
- Cartuchos de óxido de etileno desechables.
- Material de un solo uso para recogida de líquidos corporales, bolsas vacías de orina.

Grupo III

Son los residuos sanitarios que puedan representar algún riesgo para los trabajadores, para la salud pública o para el medio ambiente, o residuos que por su aspecto producen alarma social. Pueden ser:

- **Infeciosos:** residuos con capacidad de transmitir alguna de las siguientes enfermedades: fiebres hemorrágicas virales, brucelosis, difteria faríngea, difteria cutánea, cólera, encefalitis de Creutzfeldt-Jacob, muermo, tularemia pulmonar, tularemia cutánea, ántrax cutáneo, ántrax inhalado, peste bubónica, peste neumónica, rabia, fiebre Q, tuberculosis activa y otras que designen las autoridades sanitarias.
- **Objetos cortantes o punzantes:** agujas, pipetas, hojas de bisturí, portaobjetos, cubreobjetos, capilares y tubos de vidrio.
- **Residuos de animales infecciosos:** cadáveres, partes del cuerpo y otros restos de animales contaminados; camas u otro material de estabularios que haya estado en contacto con animales de experimentación inoculados con los agentes infecciosos señalados por las autoridades sanitarias.
- **Vacunas vivas y atenuadas:** restos del medicamento. No se incluyen los materiales de un solo uso manchados con el medicamento.
- **Sangre y hemoderivados:** residuos de actividades de laboratorios: cultivos, tubos contaminados, escobillones, bolsas desechadas por el banco de sangre, filtros de diálisis de portadores (hepatitis B y C, VIH).
- **Anatómicos:** restos de órganos quirúrgicos no identificables, residuos procedentes de anatomía patológica, placentas.

Grupo IV

Son residuos que por sus características físicas, químicas o biológicas, o debido a su grado de concentración, son tóxicos o peligrosos y por ello deben ser sometidos a un tratamiento

específico y un control periódico con el fin de evitar sus efectos potencialmente nocivos para la salud o para el medio ambiente. Se incluyen también en este grupo los residuos industriales generados en los establecimientos sanitarios. Entre estos residuos se encuentran los siguientes:

- **Citostáticos.** Restos de medicamentos y de material procedente de la preparación y administración de citostáticos.
- **Radiactivos.** Material radiactivo procedente de la actividad sanitaria.
- **Otros residuos tóxicos y peligrosos.** Considerados como tales por la normativa en vigor, a excepción de los mencionados anteriormente.

Envasado

El envasado tiene por objeto minimizar el riesgo del personal que tiene que manipular residuos, así como facilitar la aplicación del tratamiento idóneo para cada tipo de residuo y evitar que queden a la vista los residuos que puedan producir repugnancia.

Para los residuos del grupo I se utilizarán bolsas de plástico impermeables de > 55 micras. Su manipulación debe limitarse al cierre y traslado a los depósitos de planta.

Para los residuos del grupo II se utilizarán bolsas de plástico impermeables de > 55 micras marcadas con GII, cuya manipulación se limitará también al cierre y traslado a los depósitos de planta.

Para los residuos del Grupo III se utilizarán contenedores rígidos de color negro, apilables, con capacidad para 60 litros, con tapa de seguridad y marcados con el código del servicio donde se han generado los residuos. Los contenedores deben estar homologados y llevarán el símbolo de residuo de riesgo. Como en los casos anteriores, se manipularán lo menos posible (sólo el cierre y el traslado al depósito general).

Para los citostáticos se utilizarán contenedores rígidos de 30 y 60 litros de color azul, apilables, con tapa de seguridad y marcados con el código del servicio donde se han generado. Los contenedores han de estar homologados y tendrán la indicación de «Material contaminado químicamente. Citostáticos». Para otros residuos del grupo IV, se emplearán envases específicos.

Residuos líquidos

El mejor método para eliminar los residuos líquidos (sangre, heces, vómitos, orina, secreciones y otros líquidos corporales) es el vertido por un desagüe conectado a la red de saneamiento del centro sanitario. No es necesaria la desinfección previa. Sin embargo, este sistema no se puede emplear para los líquidos procedentes de enfermos con infecciones no endémicas (la lista indicada anteriormente), ni para los cultivos líquidos de microbiología. Ambos tipos de residuos se tratarán como residuos sólidos del grupo III. Los residuos de pacientes sometidos a tratamientos de braquiterapia (orinas y heces) se tratarán como residuos radiactivos, y permanecerán almacenados hasta su descalificación. Se exceptúan de este tratamiento los residuos químicos líquidos con tratamiento específico.

Transporte interno

Los residuos se deben recoger y transportar de forma independiente, los del grupo I y II separados en carros con tapa basculante. Si se dispone de transporte neumático de basura, las

bolsas deberán tener grosor suficiente para que no se rompan en el trayecto o en la caída final. Para el transporte de los contenedores rígidos que se emplean para los residuos de los grupos III y IV se utilizarán carros plataforma.

Una vez finalizada la recogida, y antes de devolverlos a las unidades, habrá que lavar y desinfectar los carros.

Almacenamiento temporal

Como la evacuación de los residuos a las instalaciones de tratamiento y eliminación no es instantánea, hay que guardarlos en un almacén para que no permanezcan en las unidades y servicios. El almacenamiento temporal facilita la labor de carga de los contenedores con residuos para su evacuación final del centro sanitario, puesto que la evacuación directa desde las unidades es más laboriosa.

El almacenamiento de contenedores y bolsas deberá ser adecuado; y no se trata de un abandono de los residuos, sino de una etapa de la gestión global de los residuos en la que éstos deben permanecer ordenados y controlados

Para el almacenamiento temporal hay que tener en cuenta dos normas:

- Los residuos sanitarios sólo se podrán almacenar en el interior del centro sanitario durante un período máximo de 72 horas. Para prolongar este período hasta 1 semana el almacén debe disponer de sistema de refrigeración.
- En los puntos de producción los residuos podrán permanecer como máximo 12 horas, a excepción del grupo I, para el que no hay indicación.

En el área de almacenaje se prestará atención a los siguientes aspectos:

- Las puertas permanecerán cerradas y el acceso estará prohibido a personas no autorizadas.
- Los residuos no estarán a la intemperie, sino resguardados de la acción del sol, la lluvia y el viento.
- El almacén estará dispuesto de tal modo que se facilite una limpieza correcta y dispondrá de sistemas contra incendios.
- No debe haber otros productos almacenados junto con los residuos de forma temporal.
- Tendrá facilidades para el acceso de los carros y vehículos de recogida.

Precauciones generales

En la gestión de residuos se han de observar una serie de precauciones encaminadas a lograr una mayor seguridad para los trabajadores, pacientes y medio ambiente, y que pueden sintetizarse en los puntos siguientes:

En la generación y clasificación:

- No depositar material de diferentes grupos en el mismo recipiente.
- No arrugar los papeles.
- No verter al desagüe residuos químicos no autorizados.
- No depositar material cortante o punzante en las bolsas.
- No encapsular las agujas.
- No comprimir las bolsas.

- No cambiar los residuos de recipiente.
- No manipular las bolsas y recipientes.
- No llenar las bolsas y recipientes por encima de su capacidad operativa.

En el transporte y almacenaje:

- Sujetar la bolsa por la parte superior.
- No transportar bolsas abiertas.
- No arrastrar las bolsas.
- No llevar las bolsas pegadas a las piernas.
- No lanzar las bolsas.
- No dejar ni un instante las bolsas en zonas de paso.
- Acercar los carros a las bolsas, y no las bolsas a los carros.
- No amontonar bolsas en el almacén por encima de la altura de los brazos.

En general:

- Tener precaución con las salpicaduras.
- Utilizar guantes de la calidad adecuada.
- Lavarse las manos con jabón al acabar o al cambiarse.
- Respetar las normas internas de seguridad laboral del centro sanitario.

Externalización de los servicios generales

En los últimos años ha surgido una tendencia a la externalización de servicios, sobre todo de los que no forman parte de la actividad esencial de los centros sanitarios. Así, áreas como las de limpieza, alimentación y mantenimiento, han ido pasando de la gestión directa realizada por los propios gestores del centro, a la gestión externalizada, en las diferentes modalidades que ofrece el mercado.

Las razones en las que se funda la externalización de los servicios son principalmente:

- El desconocimiento de esa área de negocio concreta.
- La imposibilidad de contratar a precios de mercado a profesionales de la gestión (en el caso de las Administraciones Públicas).
- La incapacidad para gestionar personal en el ámbito de la función pública y la escasez de elementos motivadores.
- La falta de agilidad administrativa, que hace que el servicio sea poco eficaz.
- La realización del servicio a un coste inferior al que tendría si se realizara con personal de plantilla.

Los inconvenientes que motivan que no se externalicen servicios son principalmente:

El principal motivo para que no se externalicen estos servicios es el incremento del coste por el pago del IVA y por el beneficio industrial aplicado.

Los pros se concentran en la externalización de servicios en la empresa pública y los contras, en la empresa privada.

Los diferentes modelos de externalización son:

Gestión del servicio

La empresa aporta el equipo de gestión y gestiona el servicio por cuenta del centro sanitario; éste aporta los trabajadores y las instalaciones. Esta modalidad es muy utilizada en centros públicos con plantilla propia, en los que es muy difícil absorber esta plantilla, sobre todo en alimentación, donde el contratista aporta los víveres y el pago se realiza por pensiones servidas. Este tipo de servicio puede abarcar otros aspectos puramente de gestión, y no productivos.

Prestación del servicio

La empresa se hace cargo del servicio completo, incluido el personal, recibiendo como contrapartida un importe por el montante total o por servicios. Este sistema es muy utilizado en limpieza, donde la mayoría de las plantillas de las Administraciones Públicas ya han sido amortizadas. También se aplica en el mantenimiento de ciertas áreas como electromedicina y mantenimiento general en hospitales de nueva construcción que no disponen de plantilla propia. El servicio se puede prestar incluyendo los materiales o sin materiales.

Esta modalidad se denomina gestión integral cuando se asume la totalidad del servicio, incluidos todos los materiales, las subcontrataciones de servicios, etc.

Explotación

Se trata de una modalidad que implica la prestación del servicio a riesgo del contratista. La contratación se plantea como

la oportunidad de un negocio que se le ofrece a un industrial a cambio de una contraprestación económica o canon. En los centros sanitarios es la fórmula que se aplica en la contratación de las cafeterías.

Factores que se deben tener en cuenta en la externalización

La externalización de servicios puede ser una buena solución por todo lo señalado en apartados anteriores, también puede acarrear muchos problemas si en la elección de la empresa y en los requisitos exigidos en el contrato no se tienen en cuenta factores como los siguientes:

- La solvencia técnica de la empresa que se va a contratar y la de la persona designada como responsable de la gestión en el centro debe estar acreditada.
- Las características técnicas del servicio deben quedar claramente definidas en el contrato.
- Es preciso introducir elementos de control y penalización en caso de incumplimiento de las cláusulas contractuales.
- No se deben dejar las decisiones estratégicas en manos de la empresa contratada. Conviene contar con una contraparte en el centro sanitario con conocimientos del servicio que se vaya a prestar.

Lecturas recomendadas

Balmaceda A, Viladomiu MJ, Llorens M *et al.* *Guía de Gestió de Residus Sanitaris*. Barcelona, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2000.

Cuervo M, Ruiz A. *Alimentación Hospitalaria 2. Dietas Hospitalarias*. Madrid, Díaz de Santos, 2003.

Fernández JM. *Líneas Directrices para la Redacción de los Contratos de Compras y Bases para las Condiciones y Especificaciones de Compras*. Barcelona, Asociación Española de Responsables de Compras, 1993.

Guelbenzu FJ, Dueñas PL, Bances D *et al.* *Organización de ropa y lavandería en centros sanitarios*. Madrid, Instituto Nacional de la Salud, 1990.

Guelbenzu FJ, Dueñas PL, Amigo J *et al.* *Organización de Cocina y Alimentación en Centros Sanitarios*. Madrid, Instituto Nacional de la Salud, 1990.

Guelbenzu FJ, Dueñas PL, Díaz J *et al.* *Organización de Mantenimiento en Centros Sanitarios*. Madrid, Instituto Nacional de la Salud, 1990.

Marqués A, López A, Bestard JJ. *Manual de Gestión Interna para Residuos de Centros Sanitarios*. Madrid, Instituto Nacional de la Salud, 1990.

Martínez JA, Astiasarán I, Muñoz M, Cuervo M. *Alimentación hospitalaria 1. Fundamentos*. Madrid, Díaz de Santos, 2003.

Construcción y reforma de las estructuras asistenciales

CAPÍTULO 10

D. Jorge Lago Piñeiro
Director Gerente de P y D Consultores

D. Diego Falcón Vizcaíno
*Responsable de la Unidad de Análisis y Planificación,
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín*

Construcción y reforma de las estructuras asistenciales

La ejecución de una obra hospitalaria o asistencial, ya sea de nueva planta o de remodelación, es un proceso que se inicia en el mismo momento en que alguien concibe la idea de realizarla. El modo en que se desarrolle su concreción funcional, su proyecto y la planificación de su ejecución, condicionan el éxito de su materialización, así como el resultado final esperable.

Por otra parte, si la obra ha de tener lugar en una institución en funcionamiento, las labores de planificación funcional, seguimiento del proyecto y armonización de la ejecución de la obra con el funcionamiento de la institución, cuando son asumidas por la organización del centro sin preparación previa, acaban distrayendo a sus componentes de sus cometidos principales.

Así pues, conviene configurar una organización complementaria que aun estando formada en buena parte por los miembros de la institución, se ocupe específicamente de la problemática relacionada con el proyecto y su ejecución sin distorsionar la gestión ordinaria del centro.

El propósito de este capítulo es establecer criterios y pautas que orienten a los gestores de los hospitales e instituciones residenciales de carácter asistencial a la hora de crear y poner en funcionamiento la citada organización complementaria, y de gestionar con su ayuda los aspectos de los proyectos y de las obras que afectan a sus instituciones y que son de su competencia.

Por razones de espacio nos limitaremos a la casuística de las obras hospitalarias, que es aplicable también a las instituciones residenciales de carácter asistencial y a los hospitales de poca complejidad, excepción hecha de aspectos concretos referidos a las áreas críticas.

Para ello, hemos recurrido al trabajo desarrollado por el taller «Hospitales en obras» de la Fundación Signo (www.fundacion-signo.es), en el que hemos tenido el placer de participar como coordinadores. Por ello, dado que sintetizaremos los contenidos más útiles de aquel trabajo, corresponde a todos aquellos que participaron en el Taller el mérito de la utilidad que su trabajo pueda tener para los lectores. Los trabajos de este proyecto se iniciaron en el año 2000 y se desarrollaron en dos ámbitos diferentes. Por una parte, las sesiones del Taller, en las que los participantes realizaron sus aportaciones en forma de propuestas de texto o de intervención en los coloquios, para transmitir

experiencias, ofrecer criterios y participar en la corrección colectiva de los borradores de los textos que componen el manual. Por otra parte, la célula de coordinación, encargada de promover y dinamizar la participación en las sesiones del taller, diseñar la metodología de los trabajos, redactar los borradores de texto e incorporar a ellos, para su redacción definitiva, las aportaciones realizadas en las sesiones.

La célula de coordinación está compuesta por seis profesionales de muy distinta procedencia:

- Antoni Sempere Matalonga, del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona.
- Diego Falcón Vizcaíno, del Hospital universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
- Gonzalo Castillo de La Arena, Hospital de Galdakao.
- Jorge Lago Piñeiro, de P y D Consultores.
- Manuel Salgueiro Corbacho, del Hospital do Meixoeiro de Vigo.
- Rafael Miranda Flores, del Servicio Canario de la Salud.

En las sesiones del Taller, han intervenido como colaboradores habituales medio centenar de profesionales que desarrollan diferentes tareas de gestión en 21 entidades sanitarias o proveedoras del sector, con participación directa en el desarrollo y gestión de obras hospitalarias.

Los primeros pasos

Para conseguir un desarrollo ordenado del proceso, es importante que las etapas iniciales tengan un contenido progresivo, de modo que primero se definan las características esenciales del proyecto y después se perfilen con detalle.

Definición estratégica del proyecto

El primer paso para acometer cualquier obra hospitalaria, con independencia de su importancia y alcance, es establecer una definición estratégica del proyecto en la que figuren el rol institucional, la misión y el dimensionamiento básico del hospital o de las unidades que se van a construir.

El modo de llegar a esta definición varía en función del promotor. Cuando el proyecto es impulsado por un hospital dependiente de una red o de un órgano superior, debe documentarse

una propuesta de definición estratégica del proyecto para la aprobación explícita por parte de dicho órgano, con el fin de limitar los debates sobre el desarrollo del proyecto dentro de dicha definición estratégica, ya que la modificación de ésta suele quedar fuera del ámbito de decisión del hospital.

Cuando el órgano promotor del proyecto tenga plenas competencias en planificación deberá establecer una resolución de inicio del proyecto, que incluya el mismo nivel de definición.

El documento de definición estratégica es el punto de partida del proceso y la referencia obligada para todo su desarrollo.

Organización para el inicio y conducción del proyecto

Desde el momento en que empieza la planificación de un proyecto hasta que se terminan y entran en funcionamiento las unidades resultantes, es necesario disponer de un órgano formalmente reconocido que se encargue de dirigir el proceso.

La composición de este órgano y el alcance de sus funciones pueden variar en función del proyecto y de las características organizativas del centro.

En los proyectos de hospitales de nueva creación es frecuente que la nueva institución no disponga de organización propia hasta el final de la construcción, lo que hace que en la puesta en funcionamiento surjan problemas por razones de criterio.

Por ello conviene crear desde el principio una célula de gestión del proceso de creación que confiera personalidad propia al proyecto y almacene la memoria de dicho proceso para transmitirla a los futuros ocupantes y gestores.

En los proyectos de remodelación o sustitución de hospitales ya existentes, que son los más frecuentes, debe crearse un órgano formalmente reconocido, presidido por la dirección gerencia del centro (o por el máximo responsable de su gestión directa) y que tenga como única misión la conducción del proceso en los aspectos que corresponden al hospital. Denominaremos a este órgano grupo operativo.

La composición del grupo operativo variará según las características de la organización del centro, pero debe incluir a las direcciones asistenciales, a los responsables de la estructura física del hospital, de la medicina preventiva y de la prevención de riesgos laborales. En cualquier caso, ha de establecerse formalmente dicha composición, las normas para su funcionamiento y régimen interno y la relación exacta de sus funciones, entre las que destacamos como principales las siguientes:

- Mantener el proyecto dentro de los parámetros aprobados y conducir su adecuación a las nuevas necesidades, cuando resulte necesario, de acuerdo con los criterios superiores del ente promotor de la obra.
- Velar por que la realización física del proyecto se desarrolle con la menor alteración posible de la programación establecida y de la actividad diaria del hospital.
- Velar por el cumplimiento del programa planificado.
- Evaluar los proyectos redactados en relación con su grado de cumplimiento del plan funcional y con su calidad técnica, mediante informes que habrán de ser tenidos en consideración por las oficinas de supervisión de proyectos.

- Dinamizar el proceso constructivo facilitando su desarrollo físico e impulsando la realización de las actuaciones que en relación con él correspondan al hospital.
- Elevar al ente promotor del proyecto las propuestas resultantes de sus deliberaciones, que afecten a la planificación aprobada.
- Promover la incorporación al proyecto y al proceso constructivo de las concreciones o modificaciones resultantes de sus deliberaciones dentro del ámbito de sus objetivos y funciones, o de las instrucciones que recibe del ente promotor de la obra.
- Garantizar y conducir la participación ordenada de los profesionales del hospital, para la toma de decisiones de detalle del proyecto y de la obra.
- Reducir tanto como sea posible las interacciones no deseadas entre la obra y la actividad del hospital.
- Diseñar y llevar a cabo los planes de información a públicos internos y externos, sobre los procesos de planificación, proyecto y construcción.
- Mantener informados a los órganos superiores del ente promotor de la obra de la evolución de ésta en relación con el hospital.

El resultado de sus actuaciones, de todo tipo, debe ser registrado documentalmente.

Con independencia de la composición del grupo operativo que, como hemos dicho será diferente de unos hospitales a otros, se considera necesario atribuir a uno de sus componentes la función de líder del grupo y representante de la presidencia entre las reuniones del órgano, de modo que converjan en él las funciones de comunicación interna y externa, de convocatoria y de control y dinamización de la participación de los profesionales en el proceso.

Dependiendo de las características de la organización, esta figura, que denominaremos coordinador del proyecto y sus obras, podrá ocuparse permanentemente de todas las obras del hospital o ser nombrado específicamente para un proyecto u obra concreta.

En obras de cierta entidad el coordinador trabajará apoyado por una estructura técnico-administrativa cuya composición se adecuará a las características del proyecto, y que denominaremos gerencia técnica del proyecto y sus obras. Los recursos de esta estructura pueden ser internos, contratados en el exterior o mixtos, según la demanda de trabajo y la disponibilidad de personal idóneo que tenga la institución.

La planificación funcional

Consideramos indispensable que, antes de redactar un proyecto de obras hospitalarias, se tenga documentado el plan funcional del recurso que se pretende crear y que dicho plan permanezca a disposición de los gestores del proyecto y de las obras hasta su conclusión, como referencia para el control de su cumplimiento y guía de las eventuales modificaciones que puedan resultar necesarias.

El plan funcional puede ser redactado en muy diferentes formatos, pero debe incluir los siguientes contenidos:

a. Definición de los objetivos del proyecto.

Consiste en el desarrollo técnico de la definición estratégica del proyecto y en las bases de su programación, y constituye la referencia inicial y posterior para evaluar la idoneidad del proyecto y para desarrollar sus eventuales modificaciones posteriores, a fin de garantizar que el proyecto no se desvíe de su orientación inicial por el encadenamiento de decisiones de detalle. Debe definir los siguientes aspectos:

- Objetivación del motivo fundamental del proyecto y la obra (crear una unidad funcional, instalar un equipamiento, modificar una circulación, recuperar un edificio o parte de él, crear o transformar globalmente un hospital, etc.).
- Actividades a las que se destina el proyecto, entre ellas:
 - Actividad genérica, principal.
 - Actividades detalladas o gama de servicios.
 - Volumen y horario de trabajo previstos para cada actividad detallada.
 - Criterios de dimensionamiento.
 - Descripción básica de la organización prevista para el funcionamiento.
 - Cuantificación de las personas (profesionales, pacientes, público, etc.) que está previsto que utilicen el área que se creará en relación con sus horarios de trabajo.

Circunstancias previsibles de la obra, tales como plazo de ejecución, horarios especiales, condicionantes de disponibilidad, relaciones de coordinación o subordinación de la obra respecto de otras obras o estructuras o actividades, etcétera.

b. Condicionantes físicos y funcionales del proyecto.

La presentación separada de los objetivos y los condicionantes de un proyecto en su nivel del plan funcional es necesaria para comprender el porqué de las soluciones que se van a proyectar y para la toma de decisiones cuando a lo largo del tiempo se modifican dichos condicionantes, lo que sucede con mucha frecuencia. Los condicionantes más frecuentes son los que se indican a continuación.

- Espacio disponible.
- Circulaciones y actividades preexistentes que se deben respetar.
- Condiciones estructurales del área de intervención.
- Disponibilidad de energía y fluidos.
- Carácter temporal o definitivo de la actuación.
- Impacto de las obras sobre la actividad del hospital.
- Límites presupuestarios.

c. Programa de locales y superficies.

- Relación de locales con su superficie aproximada y, en su caso, dimensiones mínimas que hay que respetar.
- Número de personas que utiliza cada local.
- Equipos para instalar en el local que condicionan su configuración o sus características

d. Prestaciones de las instalaciones por áreas y locales.

El plan funcional debe fijar los niveles de prestaciones que las instalaciones de todo tipo deben dar a cada local en función de su actividad (iluminación general y especial, climatización, disponibilidad de fluidos, etc.) atendiendo especialmente a los locales destinados a la instalación de equipos o a la realización de actividades con necesi-

dades singulares, tales como los equipos de imagen, de radiaciones ionizantes, los locales con niveles especiales de asepsia y otros.

e. Relaciones entre los componentes del proyecto.

En este apartado el plan funcional debe establecer las relaciones existentes entre las actividades a que se destina cada local, como base fundamental de las relaciones que se van a establecer entre dichos locales.

Además, tiene que señalar las relaciones de proximidad o alejamiento y de contacto o aislamiento que deben respetarse entre aquellos locales en los que dichas relaciones tengan importancia relevante.

f. Circulaciones de personas y materiales.

El plan debe señalar las características e intensidad de las circulaciones de personas y materiales, que se derivan del modo de funcionar establecido, señalando las relaciones de coincidencia y aislamiento que deben mantenerse entre ellas.

Cuando se prevea la utilización de elementos de transporte de dimensiones, condiciones u horario de circulación especiales, también deben ser señalados.

g. Relaciones con el resto del hospital.

Se indicarán las relaciones entre las unidades incluidas en el proyecto y las restantes unidades del hospital, con especial atención a las que generen circulaciones de materiales o personas, que deberían ser descritas del mismo modo que se señala en los apartados anteriores.

h. Normativa.

El plan tendrá en cuenta la normativa que sea de aplicación, señalando en su caso la normativa especial derivada de la localización o del tipo de actividad del proyecto, ya sea de carácter estatal, autonómico o local. Contendrá:

- Normativa específica de la actividad de destino.
- Normativa básica de la edificación (aislamiento térmico, acústico, NBE-CPI, normas estructurales, etc.).
- Normativa de habitabilidad.
- Sanidad (higiene, asepsia, salubridad).
- Protección: Aislamiento de radiaciones ionizantes. Protección entre cargas eléctricas activas y pasivas.
- Accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas.
- Medio ambiente (residuos contaminantes, gases nocivos, humos).
- Cumplimiento de protocolos preestablecidos en el hospital.
- Seguridad y prevención de riesgos.
- Acabados y elementos constructivos.
- Señalización.
- Compatibilidad de instalaciones.
- Homogeneización del diseño o equipamiento.

Aspectos de las contrataciones con impacto funcional posterior**En la contratación de proyectos**

Es indispensable que los autores de proyectos hospitalarios sean profesionales con experiencia y conocimientos específicos

en este tipo de proyectos, o grupos de profesionales entre los que haya expertos en arquitectura e ingeniería hospitalaria.

Cuando el órgano de contratación no sea el propio hospital y el procedimiento de contratación incluya la presentación de planteamientos previos al proyecto, es fundamental introducir en la dinámica de adjudicación el informe del hospital sobre el contenido, calidad y adecuación de las ofertas para el caso concreto.

De igual manera, es importante que en la supervisión de los proyectos se incluya el informe del hospital sobre las cuestiones de su competencia.

En la contratación de las obras

Es necesario que el hospital y su equipo de gestión tengan un protagonismo formal y real considerable en la toma de decisiones y en las relaciones con los restantes actores del proceso: servicios centrales (en su caso), direcciones facultativas y empresas constructoras.

Los gestores de los hospitales deben ser consultados, ya en la fase de contratación y adjudicación, en relación con su valoración técnica del contenido de las ofertas, pues la concepción de los planes de obra, la definición de los recursos de los contratistas y la evaluación de los mecanismos previstos para reducir el impacto indeseable de las obras sobre la actividad hospitalaria, son aspectos que deben ser valorados por los responsables de la actividad productiva del hospital y de la seguridad de sus usuarios y trabajadores.

Impacto de las obras en la asistencia

Una de las razones principales por las que es necesario que los hospitales dispongan de una **organización complementaria** a su organización general durante los períodos de obras, es precisamente la gestión del impacto de las obras en la asistencia.

La adaptación del hospital a los cambios proyectados y la necesidad de hacer convivir a dos actividades teóricamente incompatibles, obligan a introducir cambios provisionales en la organización del hospital.

Los problemas que se deben tener en cuenta pueden clasificarse en los siguientes grupos:

a. De carácter físico.

- Invasión de áreas que están siendo utilizadas por el hospital.
- Obstaculización de las circulaciones habituales.
- Interrupción temporal del servicio de instalaciones.
- Alteración de las condiciones de seguridad y confort.
- Generación de ruidos.
- Desprendimiento de polvo y de materiales, sólidos, líquidos o gaseosos.
- Deterioro, cuando menos temporal, del edificio o de sus instalaciones en áreas distintas de la de las obras.

b. De carácter organizativo.

- Alteración de los procedimientos y horarios del hospital.
- Necesidad de dedicación de parte del personal del hospital, añadida a sus quehaceres diarios.

- Modificación de los itinerarios de circulación y suministros.

c. De comunicación e imagen.

- Falta de conocimiento o de comprensión de las causas de los problemas por parte de los colectivos afectados.
- Necesidad de divulgación de los resultados esperables de las obras y del avance de su ejecución.
- Necesidad de canalizar eventuales aportaciones o sugerencias de los profesionales al proceso de ejecución.

En términos generales, se puede afirmar que el tratamiento de los problemas indicados se basa en la *previsión y la comunicación*.

Buscar soluciones a los problemas resulta siempre más sencillo que identificarlos por anticipado. Además, los problemas para los que no se ha encontrado solución siempre son mejor tolerados por la organización general y por cada una de las personas afectadas cuando se ha conseguido que previamente conozcan los inconvenientes que habrán de soportar, así como sus razones y su magnitud y duración estimadas.

El procedimiento que se debe seguir es el siguiente:

Análisis previo

El coordinador del proyecto y sus obras, auxiliado por la **gerencia técnica**, procederá en primer lugar al análisis del proyecto y del plan de obra desde la perspectiva de su impacto en el hospital, atendiendo especialmente a las interferencias físicas u organizativas señaladas en los apartados a y b anteriores.

Para ello, es conveniente solicitar de la empresa constructora, a través de la dirección facultativa, una confirmación del plan de ejecución de obra (que en términos generales ya habremos analizado durante el proceso de adjudicación) y de los métodos de trabajo, recepción y almacenamiento de materiales y retirada de escombros que piensa utilizar, ya que son determinantes de las interacciones de la obra con el hospital.

A partir de esta información se elaborará un listado de las repercusiones generales de cada una de las fases de la obra sobre el hospital. Dicho listado atenderá, al menos, a los siguientes aspectos:

- Concordancia del plan de obra con las previsiones funcionales y económicas del hospital y del órgano de contratación.
- Alteraciones de carácter físico.
- Alteraciones de carácter organizativo.
- Actividades de la obra que generan más problemas.
- Propuestas de ajuste de metodología tendentes a reducir los problemas.
- Actuaciones que debe desarrollar el hospital con el fin de generar las mejores condiciones para el inicio y progreso de las obras.

Este primer análisis debe ser revisado con la dirección facultativa y, en su caso, con la empresa constructora, para considerar las posibles mejoras del plan o de los métodos que puedan ser acordadas desde el inicio de las obras.

El resultado se recogerá en un informe sobre la situación general de la ejecución de la obra y de sus repercusiones, cuyo contenido incluirá:

- Listado y justificación de las repercusiones.
- Medidas paliativas acordadas.

- Propuesta de cambios funcionales y organizativos que haya que solicitar del hospital.
- Propuesta de acciones de comunicación dirigidas a profesionales, usuarios o cualesquiera otros afectados, para difundir y justificar los cambios de condiciones y procedimientos, las molestias previsibles y las ventajas que se derivarán de la obra, al tiempo que se solicita comprensión y tolerancia.

El contenido general de este informe inicial será desarrollado en detalle a lo largo de la obra, con nuevas aportaciones y con la periodicidad que se considere oportuna, que no será inferior a una vez al mes.

Los nuevos informes periódicos tendrán, cuanto menos, el siguiente contenido:

- Repercusiones previsibles sobre el hospital para el período siguiente.
- Acciones correctivas y de comunicación necesarias en relación con dichas repercusiones.
- Evaluación del grado de cumplimiento de las previsiones establecidas para el período anterior.
- Evaluación del resultado global del proceso en el período anterior y en el período total transcurrido.

Estos informes parciales serán la base para el trabajo del grupo operativo.

Preparación del hospital para el inicio de las obras

El informe de perspectiva general debe ser analizado por el grupo operativo (GO), para determinar qué sectores y personas de la organización se verán más afectadas por la obra o tendrán que prestar su colaboración al proceso, por si es necesario enriquecer con ellas la composición del propio GO, en la fase de ejecución de obras.

En la primera reunión de trabajo se recordará a los componentes del GO la función de éste y la colaboración que se espera de ellos. Asimismo, se les recordarán las características generales del proyecto y de la obra que se va a realizar y se les entregará y explicará el informe de perspectiva general de la obra. Se les pedirá que a partir de esta información elaboren sus advertencias sobre repercusiones no contempladas, y eventuales propuestas de acciones paliativas y de comunicación para una segunda reunión a plazo corto, que marcará el inicio de los trabajos del GO en relación con la ejecución de obra.

Antes de la segunda reunión, el coordinador facilitará a los componentes del GO el primer informe de detalle correspondiente al primer período de obra (mes, quincena, semana). En él se detallarán especialmente las actuaciones de las que haya de responsabilizarse cada unidad del hospital y el procedimiento establecido para su comunicación y seguimiento. Son ejemplos de estas actuaciones:

- El aislamiento de instalaciones que tengan que ser destruidas.
- La retirada de mobiliario y enseres que se van a conservar.
- La organización de alteraciones de las circulaciones.
- La organización de alteraciones de horarios, condiciones o lugares de desarrollo de determinadas actividades.
- La ejecución de las acciones de comunicación y las señalizaciones.
- La implantación de controles especiales sobre la seguridad general y biológica, etc.

Al remitir este informe a los componentes del GO, el coordinador solicitará de ellos por escrito que lo analicen antes de la reunión para que expresen en ella su conformidad, sus reparos o sugerencias adicionales, con el fin de hacer efectivo el proceso.

Sistemática de seguimiento

Una vez puesta en marcha esta dinámica, el coordinador se encargará de canalizar y mantener la relación constante del hospital con la dirección facultativa y la empresa constructora, para conocer con anterioridad las actividades y las repercusiones de los próximos períodos, ajustar los métodos de trabajo cuando sea necesario, diseñar las acciones paliativas de los problemas y dinamizar la participación del GO.

Toda la actuación entre las sesiones del GO será desarrollada por el coordinador, auxiliado por la gerencia técnica, que realizará análisis e informes, comprobará el cumplimiento de los objetivos y compromisos y mantendrá las relaciones necesarias con los servicios o personas afectados por las obras y con la dirección facultativa y la empresa constructora, representando a estos efectos a la dirección gerencia del centro.

La prevención de los riesgos inducidos por las obras en los hospitales

Uno de los aspectos más importantes de la gestión de las obras hospitalarias, y en los que corresponde al hospital más intervención y responsabilidad, es la prevención y control de los nuevos riesgos específicamente derivados de las obras en su entorno.

Para prevenir estos riesgos deben contemplarse las siguientes medidas:

a. Aislamiento de la zona en obras: separación física.

La primera medida de aislamiento entre las obras y las áreas de asistencia, consiste en vaciar las zonas de obra de todo tipo de objetos removibles o semifijos que hayan de permanecer en el área cuando se reintegre nuevamente al uso hospitalario, a fin de que en estos elementos no se depositen los soportes fundamentales de la contaminación: el polvo y la humedad.

Al diseñar las medidas de aislamiento de la zona de obras, debe tenerse en cuenta que algunas obras se desarrollan en una superficie delimitada, pero otras no. Así, por ejemplo, la actualización de instalaciones de cobertura plena en el hospital, no es delimitables por zonas. Consecuentemente, en las primeras hay que diseñar y llevar a cabo el aislamiento respecto de las zonas en uso asistencial, mientras que en las segundas, si no pueden ser fraccionadas por zonas, la protección consistirá en aislar y separar justamente, las áreas asistenciales que puedan resultar afectadas.

En todo caso, la barrera de aislamiento ha de ser impermeable, mecánicamente resistente al tráfico esperable, estanca al polvo y continua entre elementos resistentes del edificio.

b. Aislamiento de las áreas críticas próximas o relacionadas.

La protección de las áreas esenciales que puedan ser afectadas, requiere un tratamiento especial a causa de su singularidad asistencial y de su fragilidad en relación con la bioseguridad.

Deberán cuidarse especialmente los siguientes aspectos:

- Los accesos a dichas áreas.
- El bloqueo y sellado de ventanas y huecos.
- La protección de las instalaciones vinculadas.
- La estanqueidad absoluta en elementos estructurales de separación de niveles.
- La protección y, en su caso, redefinición de flujos de pacientes y personal.

El aislamiento físico no puede ser absoluto, ya que la actividad que se desarrolla en las áreas obliga a mantener contactos con el exterior. Así pues, hay que prestar atención especial a la seguridad funcional en los puntos en los que se producen dichos contactos, a fin de que a efectos de contaminación el aislamiento sea equivalente al realizado para el área que se debe proteger.

Los criterios generales para establecer las medidas de aislamiento son los siguientes:

- El aislamiento de las áreas críticas será independiente y complementario del de las áreas en obras.
- El aislamiento de áreas críticas permitirá el desarrollo de la actividad asistencial en condiciones tan similares a las normales como sea posible.
- El sistema de climatización de estas áreas actuará con plena independencia y aislamiento respecto de los de las áreas potencialmente afectadas, con presión positiva y adecuado nivel de renovaciones del aire, de modo que constituya un sistema coadyuvante del aislamiento y la bioseguridad.
- Se cuidará especialmente el bloqueo de ventanas y huecos por los que puedan entrar polvo o corrientes de aire contaminado.

c. Aislamiento de circuitos de instalaciones de fluidos.

La preparación de las obras abarcará el aislamiento y sectorización de los circuitos de electricidad, comunicaciones, climatización, extracciones, aguas de consumo (fría, caliente o sometida a tratamientos especiales de depuración) y gases medicinales.

Se verificará que los elementos alejados de estas instalaciones, especialmente las tomas de aire exterior o las salidas de extracciones de aire, no constituyen vías ocultas de contaminación.

Se elaborará un plan de minimización de los riesgos eléctricos derivados de incidencias en las instalaciones eléctricas afectadas por las obras o en las que permanecerán activas dentro de la zona de obras.

d. Utilización de presiones de aire de ventilación.

La utilización de gradientes de presiones de aire puede ser un sistema complementario y acertado para aislar las áreas afectadas por las obras. Dicho gradiente debe ser tal que sitúe el área potencialmente contaminada en una presión menor que la del umbral ambiente o, como máximo, a la de dicho umbral; en cambio, las áreas hospitalarias colindantes, y en especial las unidades críticas, se situarán en un nivel de presión positiva.

e. Circulaciones y disciplina del personal.

Se establecerán las circulaciones atendiendo a los siguientes criterios:

- El personal de obra circulará exclusivamente en las zonas de obra y accederá a ellas por circuitos diferenciados, de uso exclusivo.

- El personal del hospital y los usuarios circularán por los circuitos normales, en los que se introducirán las transformaciones necesarias para garantizar su aislamiento físico de las obras.
- Se prohibirán las visitas a la obra con la ropa y calzado con los que se accede a las áreas asistenciales.
- Las entradas y salidas del personal del hospital que visite las obras se realizarán por accesos exteriores a ellas, nunca por zonas de contacto directo obra/hospital, con el fin de evitar que pase polvo de una a otra.

f. Entrada de materiales.

- La entrada del material se hará a través de los mismos circuitos empleados para las circulaciones del personal de obra o por accesos externos especiales (huecos de fachada, etc.), manteniendo la estanqueidad de la fachada hospitalaria circundante.

g. Salida de materiales y de productos sobrantes de obra.

- Las salidas de materiales procedentes de la obra se harán a través de los mismos circuitos que las entradas, pero por tratarse de materiales mucho más contaminantes, se humedecerán y se colocarán en contenedores cerrados, estableciendo para su salida, siempre que sea posible, horarios distanciados de los de mayor circulación en los accesos al hospital.

h. Aislamiento de las zonas de obra en relación con la contaminación acústica.

En la medida de lo posible diseñaremos un plan de actuación que minimice la contaminación acústica, incidiendo sobre aspectos como:

- Horarios de las actividades ruidosas, de modo que no interfieran con los de las actividades hospitalarias más delicadas.
- Empleo de equipos de demoliciones dotados de mecanismos de amortiguación acústica.
- Métodos de trabajo que lleven aparejados procedimientos de minimización de ruido.
- Desalojo de las plantas superior e inferior a aquella en la que se sitúan las obras.
- Desalojo de habitáculos de la misma planta colindantes con la zona de obras.

El aislamiento físico, cuando es posible, resulta un factor coadyuvante para la seguridad.

i. Procedimientos de limpieza.

La implantación de sistemas rigurosos de limpieza, tanto en las obras como en su entorno y en las áreas potencialmente afectadas, es una de las medidas de prevención que produce mejores resultados. El diseño de dichas disciplinas debe basarse en los siguientes criterios:

- Durante el proceso de ejecución de las obras:

En la zona de obras:

- Evitación de acumulación de polvo.
- Limitación del volumen de acopio de materiales de construcción.
- Eliminación diaria de desechos y sobrantes.
- Establecimiento de orden y limpieza general en la obra

En las áreas colindantes:

- Vigilancia continua del orden y la limpieza.

- Limpieza frecuente de las superficies horizontales.
- **Al final de las obras:**
- Por parte de la entidad constructora :
 - Desalojo de materiales y herramientas.
 - Limpieza general.
- Por parte del servicio de limpieza hospitalaria:
 - Limpiezas sucesivas, progresivamente más rigurosas y frecuentes.
- En las instalaciones:
 - Supresión de sellados y de materiales de aislamiento de los circuitos de instalaciones.
 - Limpieza y soplado de los circuitos de climatización.
 - Limpieza y soplado de los circuitos de extracción de aire.
 - Conexión redes de AF y ACS, y desinfección de los circuitos por procedimientos químicos o térmicos.
 - Tratamiento de los circuitos de aguas especialmente tratadas, según los protocolos de los proveedores, con la conformidad del servicio de medicina preventiva.

j. Verificación de las medidas de seguridad.

El grupo operativo con arreglo a los criterios del servicio de medicina preventiva, establecerá un protocolo de verificación de las medidas y condiciones de bioseguridad durante la ejecución de las obras y tras su conclusión, que comprenderá:

- Verificaciones durante la ejecución de las obras:
 - Aislamiento entre la nueva instalación y las de su entorno, así como reposición de las alteraciones provisionales introducidas en otras instalaciones para la ejecución de la obra.
 - Aislamiento físico de las obras.
 - Controles microbiológicos.
 - Secuencia temporal de las verificaciones.
- Verificaciones después de la terminación de las obras:
 - Estado de limpieza y desinfección de los locales y de sus instalaciones, con especial atención a las canalizaciones de ventilación.
 - Funcionamiento y prestaciones de las instalaciones según su diseño.
 - Aislamiento entre las nuevas instalaciones y las de su entorno.
 - Reposición de los cambios provisionales introducidos en otras instalaciones para la ejecución de la obra.
 - Eliminación de los filtros provisionales de final de obra e instalación de los definitivos.
 - Eliminación de barreras de aislamiento físico y de sus correspondientes huellas en los puntos de contacto con los elementos del edificio que permanecen.
 - Rodaje de las instalaciones en condiciones definitivas de trabajo, incluidos la eliminación y vertido de fluidos retenidos o parados en las canalizaciones de aire y agua.
 - Protocolos de limpieza y puesta en marcha de las instalaciones especialmente sensibles, tales como circuitos de agua osmotizada, gases medicinales y otras.

- Estado de limpieza y desinfección de los elementos de equipamiento móvil que se hayan colocado después de la limpieza de locales e instalaciones.
- Controles microbiológicos superficiales y volumétricos.

Revisión y actualización de proyectos

Los procesos de planificación, proyecto y ejecución de las obras hospitalarias, son casi siempre largos. Esto hace que, en el que en un sector tan cambiante como el nuestro, el entorno del hospital pueda sufrir cambios que obliguen a revisar y actualizar el proyecto, unas veces sólo en cuestiones de detalle, pero otras en aspectos de mayor importancia.

Por éstas y otras razones, la mayor parte de los proyectos hospitalarios de cierta magnitud es objeto de revisiones y actualizaciones.

En la mayoría de los casos, la necesidad de revisión la plantea el propio hospital, cuyo futuro depende del proyecto y que por ello es especialmente sensible a la evolución de sus necesidades y a propiciar sus posibilidades de progreso. Para ello, tiene en sus profesionales de todo tipo una fuente inestimable de conocimientos e ideas que pueden preservar el proyecto de sus carencias y del riesgo de obsolescencia durante el proceso, y enriquecerlo con aportaciones de diversa entidad desde el punto de vista constructivo.

Una estructura rígida que haga caso omiso de estas aportaciones impide que se incorporen las buenas ideas y conduce a que algunas de ellas, y desde luego la corrección de errores, se introduzcan como reformas posteriores una vez concluida la obra, con un coste económico y de tiempo incomparablemente superior.

Pero esta oportunidad evidente de mejorar el resultado final, si no se desarrolla con un método preestablecido y controlado, puede provocar un auténtico caos en el proceso que no sólo desestructurará el proyecto sino que generará tensiones entre los participantes en el proceso, provocará actitudes inflexibles en quienes han de dar viabilidad a las mejoras y desalentará a quienes no ven atendidas sus mejores aportaciones y expectativas.

Por todo lo indicado, es fundamental establecer una metodología específica para la revisión y actualización de proyectos y para encauzar la participación de los profesionales del hospital en ellos.

Dicha metodología, se basa en aplicar al proceso de revisión una planificación análoga a la de generación del proyecto inicial, de acuerdo con los siguientes criterios:

Objetivos de la revisión

La formulación de cualquier propuesta de modificación de un proyecto debe partir de una exposición de motivos y objetivos, partiendo siempre de la perspectiva de que la modificación de un proyecto en ejecución es en sí misma una situación no deseable y que por ello, si no están claras sus motivaciones y ventajas, debe ser evitada. Por tanto, las propuestas de modificación de un proyecto deben fundarse en motivos tales como los siguientes:

- El proyecto no responde a las necesidades del hospital.

- El proyecto plantea problemas técnicos, deficiencias o errores de diseño o de cálculo que no fueron detectados en su momento por el hospital ni por la oficina supervisora.
- El proyecto no recoge las necesidades funcionales sobrevenidas.
- El proyecto no responde a las necesidades tecnológicas sobrevenidas.
- El proyecto no resuelve adecuadamente el encardinamiento de las obras en el funcionamiento de las unidades hospitalarias relacionadas con él.

Asimismo, se debe justificar que:

- La modificación propuesta mantiene el equilibrio entre los beneficios esperables de índole funcional, técnica o económica, y el coste o distorsión que, en su caso, introduce en el proyecto.
- De no acometerse la modificación, se produciría un empeoramiento considerable en el resultado de la obra o en la consecución de los objetivos del proyecto.

Marco para el desarrollo de la revisión

El marco adecuado para la revisión y actualización del proyecto de obras en ejecución, sin perjuicio de las competencias de los servicios técnicos del órgano de contratación, es el propio hospital, y en dependencia directa del máximo responsable de su dirección y gestión.

La dinámica para gestionar el proceso y lograr la participación de los profesionales del hospital en el seguimiento del proyecto a través del grupo operativo, es la ideal para dar cabida y aplicar la crítica a cuantas sugerencias de modificación del proyecto surjan.

En relación con las propuestas de revisión el grupo operativo atenderá a los objetivos generales del proyecto y a la salvaguarda del avance del proceso como fin principal, salvo razones de gran importancia, y tratará de garantizar las siguientes condiciones:

• Oportunidad.

Los análisis y propuestas tienen que ser formulados con tiempo suficiente para que sean útiles, de modo que no constituyan simples críticas.

• Participación, comunicación y orden metodológico.

Sus actuaciones y metodología deben garantizar la incorporación de los conocimientos específicos de los profesionales del hospital que estén relacionados con los temas que se vayan a tratar. También deben garantizar el establecimiento de vías ordenadas de comunicación y participación para fomentar, evaluar y, en su caso, incorporar las propuestas de los profesionales de las distintas áreas, así como la información a dichos profesionales acerca del resultado de las deliberaciones, tanto si se aceptan como si se rechazan sus propuestas.

• Rigor.

A través de su procedimiento de trabajo y de su actitud en el abordaje de los temas, debe diferenciar el análisis de los aspectos derivados de cambios en el entorno que aconsejen la revisión del proyecto, de la mera reiteración de aspectos ya sancionados en las fases anteriores que no justifican dicha revisión.

• Ponderación.

En el análisis de las repercusiones de la obra sobre la asistencia, debe tenderse al equilibrio, pues las rigideces innecesarias dificultan y alargan el proceso constructivo, lo que provoca nuevas molestias perturba el funcionamiento del hospital y añade costes innecesarios que, indefectiblemente, recaerán sobre el hospital o sobre el organismo que lo financia.

Participación del hospital en la gestión de obras contratadas por órganos externos

Con mucha frecuencia, en las obras que se desarrollan en los hospitales actúa como órgano de contratación, desde su planificación hasta su finalización, una organización externa, casi siempre de los servicios centrales de la institución a la que pertenecen.

Sin perjuicio de las razones y ventajas de este modo de proceder, existen múltiples aspectos en los que la aportación del hospital al desarrollo técnico y a la gestión del proceso es indispensable para garantizar el éxito. Por otra parte, el resultado de la obra es casi siempre vital para el futuro del hospital y, por tanto, sus gestores no pueden permanecer pasivos ante el desarrollo de un proceso fundamental para ese futuro. Así pues, es necesario establecer cauces ordinarios para que el hospital participe en la gestión del proceso. A continuación señalamos los ámbitos más destacables de dicha participación:

Alcance de la participación del hospital en los procesos de decisión

a. Toma de decisiones respecto al plan funcional.

El hospital debe liderar el desarrollo del plan funcional, en el marco de las directrices establecidas por el órgano superior, y presentarlo ante dicho órgano a modo de propuesta, como punto de partida del proceso.

b. Fase de proyecto de obra.

El hospital deberá colaborar con los autores de los proyectos y con el órgano de contratación desde el comienzo de la redacción. Esta colaboración tendrá especial incidencia en tres fases fundamentales:

- En la aportación de datos generales y de datos físicos, funcionales o históricos que deban ser tomados en consideración para el desarrollo del proyecto.
- Una vez planteadas las soluciones generales en el anteproyecto o proyecto básico, evaluando el grado de cumplimiento del plan funcional y la idoneidad técnica de las soluciones propuestas en relación con su organización espacial y superficial, su localización y las características generales de las instalaciones previstas. En este análisis el hospital atenderá especialmente a las posibles dificultades para insertar las soluciones propuestas en el conjunto hospitalario preexistente y a la viabilidad de las prestaciones esperadas de las instalaciones ya existentes (conexiones y capacidades, etc.). Esta evaluación deberá contener propuestas alternativas

para aquellos aspectos que se ha detectado que deben ser objeto de modificación.

- Por último, en la fase de ejecución el hospital deberá analizar la idoneidad técnica de las soluciones proyectadas y su funcionalidad para el desarrollo de la actividad a que se destina cada zona o local. Al mismo tiempo, analizará la estrategia de ejecución y el programa de trabajos previsto en el proyecto, desde la perspectiva de su coexistencia con la actividad hospitalaria. El hospital remitirá al órgano de contratación sus comentarios y, en su caso, las propuestas alternativas antes de la supervisión del proyecto, para que sean tomadas en consideración.

c. Fase de contratación de obra.

Los pliegos de cláusulas administrativas y técnicas que rijan la contratación de las obras y de los directores facultativos de éstas deben reflejar la participación prevista del hospital, con el fin de posicionarle en el proceso desde su inicio.

En el caso, bastante habitual, de que el procedimiento de concurso permita a las empresas licitantes proponer planes propios de ejecución o incluso definiciones técnicas alternativas a las del proyecto, el hospital debe ser oído antes de que la mesa de contratación evalúe dichas propuestas.

Cuando las obras contratadas incluyan equipamiento de uso asistencial y su última definición pueda ser establecida por los licitantes o por el ejecutor, debe establecerse de modo inequívoco la capacidad del hospital de participar en la selección y dé su conformidad o exprese sus reparos ante determinadas propuestas.

d. Inicio de las obras.

El hospital deberá participar en el acta de comprobación del replanteamiento junto con el órgano de contratación y con la dirección técnica, introduciendo aspectos relativos a:

- Incidencias no previstas que sean condicionantes para la ejecución de las obras o para la incorporación de los equipos tecnológicos.
- Aislamiento y repercusión asistenciales.
- Medidas de bioseguridad, durante las obras.
- Plan de seguridad y salud, durante las obras.

e. Ejecución de las obras.

El hospital, junto con las direcciones técnicas y con las empresas constructoras, colaborará durante el proceso de las obras en el seguimiento de la ejecución de éstas, especialmente en los siguientes aspectos:

- Medidas de bioseguridad.
- Repercusiones asistenciales.
- Repercusiones sobre las instalaciones preexistentes.
- Pruebas de control de prestaciones y calidad.

Todas las advertencias e instrucciones que emita el hospital han de ser cursadas a través de las direcciones facultativas, salvo que en ausencia se produzcan situaciones urgentes que tengan repercusión en el desarrollo de la asistencia o en la seguridad del hospital y de sus usuarios. En tal caso el hospital podrá ordenar que se adopten medidas correctoras o que se interrumpa la actividad causante del problema, e informará posteriormente a las direcciones facultativas y al órgano de contratación.

f. Fase de recepción única y actas de ocupación temporal:

El hospital deberá conocer los procesos de recepción u ocupación temporal de las obras e instalaciones, y colaborar en ellas junto con las direcciones técnicas y con las empresas constructoras con especial atención a los siguientes aspectos:

- Procedimiento de supresión de medidas de bioseguridad.
- Pruebas de control de calidad y prestaciones.
- Pruebas de aceptación del equipamiento tecnológico.
- Remates.

Relaciones del hospital con el órgano de contratación

Las relaciones entre el hospital y el órgano de contratación han de estar presididas por el interés común en el resultado del proceso y por el reconocimiento de que la función del hospital consisten en enriquecer a la organización que gestiona el proyecto y la obra con su conocimiento de las peculiaridades de la institución.

Estas relaciones deben desarrollarse en dos marcos diferenciados:

- La comunicación continua de aspectos técnicos y de información sobre el día a día de la obra, se verificará mediante el contacto frecuente entre el coordinador del proyecto y sus obras y el responsable de gestionar el proyecto y representar a la propiedad ante la dirección facultativa y la empresa constructora. A través de estos contactos el hospital manifestará al órgano de contratación su percepción acerca del avance del proceso y de los asuntos que es necesario tratar con los responsables directos de la obra, en relación con las responsabilidades del hospital.
- Además, es conveniente que el responsable del proyecto ante el órgano de contratación asista por lo menos una vez al mes a una reunión del grupo operativo; en esa reunión se revisarán los asuntos de mayor importancia, se fijarán las previsiones para el mes siguiente y se analizará el grado de cumplimiento de las previsiones establecidas el mes anterior.

El resultado de la evaluación mensual debe ser recogido en informes que faciliten el conocimiento sintético del estado del proyecto en cada momento, recuerden los asuntos pendientes y permitan el análisis retrospectivo de la evolución del proceso.

Relaciones del hospital con las direcciones facultativas

La relación entre el hospital y las direcciones facultativas de las obras e instalaciones ha de establecerse teniendo en cuenta que la representación institucional de la propiedad ante dichas direcciones (y, por tanto, la capacidad de cursar instrucciones y órdenes), corresponde exclusivamente al órgano de contratación.

Sin perjuicio de ello, el órgano de contratación debe presentar al representante directo del hospital en el proceso, como una prolongación de sí mismo, e invitarle a opinar, observar y advertir a la dirección facultativa de cuantos asuntos hayan de ser tenidos en cuenta para preservar el buen fin de la obra y la continuidad, seguridad y confort de la actividad asistencial. Esta función de representación comprenderá también la emisión de instrucciones en nombre del órgano de contratación cuando

de modo inaplazable lo exijan situaciones que comprometan la seguridad hospitalaria

La relación entre el representante del hospital y las direcciones facultativas se debe desarrollar principalmente a través de contactos frecuentes combinados con visitas a la obra, para transmitir de modo fluido las informaciones, advertencias y propuestas propias de la colaboración técnica. Pero esta relación debe ser formalizada, al menos mensualmente, en reuniones de seguimiento de la obra y de las interacciones entre la obra y la actividad hospitalaria. A estas reuniones debe asistir el representante del órgano de contratación.

Relaciones del hospital con la empresa constructora

La relación entre el hospital y la empresa constructora ha de establecerse teniendo en cuenta que la capacidad de cursar instrucciones y órdenes a la empresa corresponde exclusivamente a las direcciones facultativas.

Sin perjuicio de ello, el órgano de contratación y la propia dirección facultativa deben presentar al representante directo del hospital en el proceso como un componente de la propiedad, capaz de prestar una colaboración necesaria e inestimable y de opinar, observar y advertir a la dirección facultativa, y en situaciones de urgencia a la propia empresa constructora, de cuantos asuntos deban tenerse en cuenta para el buen fin de la obra y la continuidad, seguridad y confort de la actividad asistencial.

La relación entre el representante del hospital y la empresa constructora ha de desarrollarse principalmente a través de la dirección facultativa o según protocolos acordados con ella para asuntos concretos. Asimismo, ha de estar prevista la transmisión de instrucciones o incluso de órdenes, en situaciones excepcionales de urgencia relacionadas con la seguridad, la continuidad o el confort de la actividad asistencial.

Todas las instrucciones cursadas directamente a la constructora deben ser comunicadas lo antes posible a la dirección facul-

tativa, que tendrá que confirmarlas como suyas y establecer las concreciones o límites que sean necesarios, una vez acordados éstos con el hospital.

Las instrucciones directas y el resultado de ellas deben ser recogidos en los informes mensuales de seguimiento de obra.

Transmisión y titularidad de documentos y garantías

Finalizada la obra, es de suma importancia que el hospital intervenga en la formalización de las garantías que amparan las instalaciones y equipamientos incluidos y en los trámites de legalización de uso de las instalaciones.

Si estos trámites se realizan a nombre del órgano de contratación, es posible que en el futuro se vean entorpecidos los procesos de inspección, renovación de autorizaciones y otros para los que es obligada la participación de la entidad titular.

La titularidad de las instalaciones consumidoras de fluidos ha de asignarse al hospital, pese a las ventajas económicas que puedan derivarse de la unificación de los consumos de los hospitales dependientes de una sola entidad en los mecanismos de contratación.

La titularidad de los derechos a los servicios derivados de las garantías sobre equipos e instalaciones ha de asignarse al hospital, que es el que en su momento puede llegar a necesitar dichos servicios. Esta titularidad debe establecerse sin perjuicio de los derechos que eventualmente pudieran corresponder al órgano de contratación, especialmente en el ámbito de la responsabilidad civil.

Por último, es absolutamente indispensable que el hospital reciba una colección completa de los planos, esquemas e informaciones técnicas de las obras, instalaciones y equipamientos realmente realizados y suministrados, sin perjuicio de que el órgano de contratación reciba los documentos correspondientes por razón de su organización interna y de la necesidad de disponer de documentación descriptiva de sus bienes patrimoniales.

Lecturas recomendadas

Manual de Gestión de Procesos de obras en hospitales. Foro de intercambio de experiencias y desarrollo de criterios. 2º Premio Profesor Barea, 2ª ed. 2003.

El desarrollo de las políticas de calidad en las instituciones sanitarias

CAPÍTULO 11

José Asua Batarrita
Osteba. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco

Pablo López Arbeloa
Consultor Sanitario

Evolución del concepto de calidad

El concepto de calidad ha experimentado un profundo cambio hasta llegar a lo que hoy conocemos como calidad total, una denominación que denota claramente los valores y contenidos de un sistema integral y armónico de calidad.

Desde principios del siglo xx, en las empresas industriales se entendía la calidad como el grado en que un producto cumplía las especificaciones técnicas que se habían establecido cuando fue diseñado. En esta época surge el control de calidad, conjunto de técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas para verificar los requisitos de calidad de un producto o servicio.

Una segunda fase en el desarrollo de las políticas de calidad es la que se denomina de aseguramiento de la calidad. El aseguramiento de la calidad es un conjunto de acciones planificadas y sistemáticas que son necesarias para suscitar la confianza en que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos dados sobre su calidad. Tiene dos objetivos fundamentales: que los productos y servicios suministrados cumplan las especificaciones previamente definidas, y obtener calidad con regularidad, es decir, que la tasa de errores permita mantener la confianza con los clientes y minimizar los costes de control, almacenaje y no calidad. En esta fase surgieron los sistemas de normalización, certificación y acreditación.

La última fase, en la que nos encontramos en la actualidad, es la de calidad total. La calidad total consiste en un modelo de gestión integral de las empresas que busca lograr la satis-

facción de clientes, empleados, accionistas y de la sociedad en general, considerados los cuatro grupos de mayor interés en las organizaciones. En síntesis, una organización se incorpora a la órbita de la calidad total cuando documenta y demuestra que sus clientes y empleados están satisfechos, cuando genera valor y cuando contribuye al bienestar, progreso y desarrollo de la sociedad. La calidad total es una estrategia o modelo de gestión de toda la empresa, que supera los modelos anteriores, enfocados a asegurar la calidad de un producto o servicio y la satisfacción del cliente (Figura 11.1).

En la actualidad existen tres modelos de calidad total (Tabla 11.1.), muy difundidos en el mundo. Las empresas utilizan estos modelos para dos finalidades:

- Realizar su autoevaluación con objeto de diagnosticar su situación de partida en el camino hacia la excelencia, detectar los puntos fuertes y las áreas de mejora y definir el camino hacia la mejora continua.
- Presentarse a reconocimientos externos a través de los premios que convocan algunas organizaciones.

«Para afrontar los retos de la economía global nuestras compañías de mas éxito han eliminado niveles innecesarios de directivos, delegando la autoridad en los operarios, orientándose hacia los clientes y perseverando en la mejora continua de los productos que fabrican, los servicios que prestan y las personas que emplean».

Bill Clinton

Los conceptos de calidad en el sector sanitario, especialmente en el sector público español, han evolucionado en paralelo al sector industrial, quizá con una cadencia más lenta. Se han recorrido los ciclos de control de calidad, y del aseguramiento de la calidad y en estos momentos estamos entrando en el de calidad total.

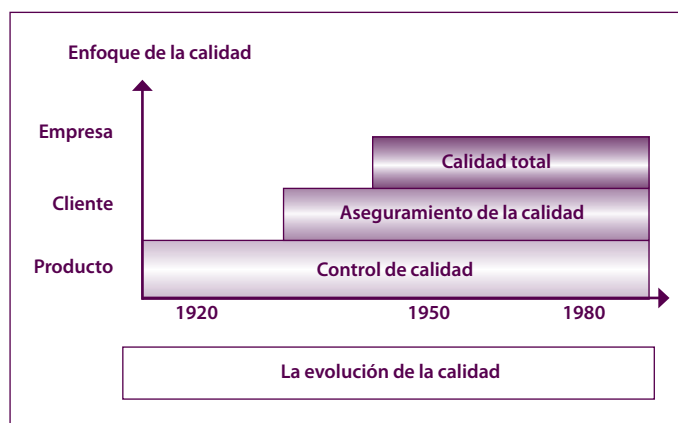


Figura 11.1. Etapas en la evolución hacia la calidad total.

Tabla 11.1. Modelos de calidad total

Modelo	Fecha	Organismo
E.F.Q.M.	1989	European Foundation for Quality Management (Europa)
Malcolm Baldrige	1987	Fundación para el Premio de Calidad Malcolm Baldrige (EE.UU.)
Deming	1951	JUSE (Japón)

Sin embargo, la asistencia sanitaria es un servicio en el que el cliente se encuentra en una situación de debilidad, dado el deterioro de su salud, y la relación cliente-proveedor no se realiza en condiciones de igualdad. Todo ello le confiere ciertas peculiaridades que es necesario especificar en la aplicación de las metodologías de calidad. Estas especificaciones afectan en primer lugar a la acomodación de los conceptos de calidad a la asistencia sanitaria. Desde este punto de vista podemos identificar tres pilares del concepto de calidad en el ámbito sanitario:

1. Una correcta indicación de los procedimientos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, en lo que se ha venido a denominar **medicina basada en la evidencia** (hacer lo que hay que hacer).
2. Una correcta realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en lo que se ha venido a denominar **calidad científico-técnica** (hacer bien lo que hay que hacer).
3. El respeto a la dignidad humana, con una utilización acertada del concepto de beneficencia y de respeto a la autonomía del paciente, en lo que ha venido a denominarse **calidad percibida** (hacer bien lo que hay que hacer con respeto a la dignidad humana).

A estos tres pilares, que enfocan la calidad desde la perspectiva individual, especialmente en el sector público: habría que añadirle otro de índole colectiva y social, el del logro de los valores de equidad y eficiencia.

Cada uno de estos ámbitos de actuación tiene sus propias estrategias y metodologías de trabajo. Existe una extensa literatura que, de modo general o específico, analiza y describe cada una de ellas. El propósito de este capítulo no es realizar una descripción exhaustiva de las metodologías más utilizadas en cada una de ellas, sino profundizar en las que hoy son, a nuestro juicio, las tres estrategias claves para avanzar hacia la calidad en la organización de los servicios sanitarios:

- La implantación y desarrollo de un modelo integral de calidad, sustentado en el modelo europeo de excelencia en la gestión.
- La medicina basada en la evidencia como referencia clave en el diseño de los procesos asistenciales.
- La gestión por procesos como metodología para la organización de la asistencia sanitaria y para lograr la mejora continua.

Las estrategias en el desarrollo de las políticas de calidad

Los modelos de calidad total son modelos globales de gestión de toda la empresa, y su ámbito de actuación abarca todas las actividades de ésta. Es una estrategia que intenta dirigir y coordinar acciones para conseguir la competitividad, ahora y en el futuro. No se trata de un programa de actividades, ni de una técnica o un conjunto de herramientas. Es una estrategia y, como tal, implica ponerla en práctica de forma que todas las decisiones y actuaciones sean el resultado de ella.

En consecuencia, es necesario que la política de calidad sea liderada por la dirección, que demostraría así su compromiso e implicación con los principios de la calidad total. Además, el equipo directivo debe impulsar y facilitar la implantación de estas políticas, proporcionando los medios necesarios e implicando a las personas. Para ello es de especial relevancia dedicar

recursos a la comunicación interna, a la formación en calidad y al apoyo metodológico.

De la concepción inicial de la calidad entendida como responsabilidad del responsable de calidad, se pasa al concepto de calidad como responsabilidad de todas las personas de la organización. La participación de todas ellas en el despliegue de esta estrategia es clave. Todas las personas, en su actividad diaria, realizan múltiples acciones que pueden aportar o no valor al cliente. Por tanto, todas deben participar en el proceso de mejora. Su involucración debe fomentarse tanto a nivel de grupo como a título individual.

En 1995, de la mano de EUSKALIT, fui a visitar UBISA, una empresa de Burgos que había ganado el Premio Europeo tres años antes. Después de las explicaciones de los directivos salió un obrero a explicarnos cómo gestionaban la minicompañía. Nos habló del PDCA, de las 5S —que yo no sabía si era un detergente o qué era—, de cómo analizaban los problemas, del despliegue de objetivos..., cosas de las que yo no tenía ni idea.

Yo me decía: «Pero si resulta que este obrero sabe más de gestión que yo mismo», y miré alrededor a las caras de los 40 gerentes que habíamos ido en aquella visita y pensé: «...y más que todos éstos».

«Cuando volví a la empresa reuní al equipo directivo y les dije, como Cristóbal Colón, muchachos»

¡ HAY OTRO MUNDO !

Manuel Iraolagoitia. Gerente de Microdeco. Premio Europeo a la Excelencia 2003

La mejora continua expresada en el ciclo PDCA de Schewhart es otra de las estrategias claves de la calidad total. Se define como el conjunto de actividades consecutivas encaminadas a alcanzar los objetivos de la empresa y a mejorar los procesos de producción de los bienes y servicios. Este ciclo combinado con un sistema de gestión por procesos, permite alcanzar la eficacia y eficiencia en la producción de bienes y servicios. La máxima expresión de la asociación del PDCA y de la gestión por procesos es hacer todo bien y a la primera.

Por otra parte, en los modelos de calidad total adquiere gran relevancia la utilización de indicadores. La empresa debe dotarse de indicadores que sean representativos de lo que se pretende medir y que, además, posean las características de simplicidad y fiabilidad; estos indicadores deben ser los mínimos necesarios para facilitar la toma de decisiones.

También incorpora el concepto de *benchmarking*. Esta palabra inglesa, que algunos traducen como «emulación», consiste en la búsqueda continua y sistemática de «las mejores prácticas» que adaptadas a nuestra organización nos permitirán mejorar nuestro nivel de competitividad o ser más competentes, según los casos. Es aplicable a cualquier aspecto de la gestión. Habitualmente se parte de comparar resultados para profundizar después en el conocimiento de los agentes que los han generado y extraer lecciones que podamos aplicar a nuestra organización o empresa.

Se ha demostrado repetidamente que las políticas de fomento de la calidad permiten acercarse al principio de realizar bien las cosas y a la primera por la vía de evitar el despilfarro (abandonar todas las actividades de la empresa que no

aportan valor), adquirir mayores niveles de seguridad, evitar errores, realizar las actividades con agilidad o destreza, evitar que aspectos irrelevantes puedan interferir en los relevantes, y prevenir problemas antes de que se produzcan. Todo ello no hace sino proporcionar un sistema organizativo seguro, ágil y rápido, factores estrechamente vinculados a la mejora de los costes. Y esta realidad es especialmente cierta en el ámbito de la asistencia sanitaria. Diversos estudios han demostrado que hasta el 25- 30% de los costes sanitarios pueden considerarse de no calidad, y corresponderían a complicaciones o problemas evitables o a actuaciones que no aportan valor a la asistencia clínica.

«Mucha gente dice que la calidad le cuesta a usted demasiado. No es así. Le costará menos»

James E. Olson. Presidente de AT&T

Gestión de la calidad. El modelo europeo de calidad

La *European Foundation for Quality Management* (EFQM) fue fundada en 1988 por los presidentes de 14 prestigiosas empresas europeas, con el propósito de fortalecer la gestión de las estrategias de calidad. La Fundación Europea para la Calidad tiene una doble misión:

- Apoyar a las empresas europeas en su gestión para acelerar el proceso por el que la calidad se convierta en un elemento decisivo para obtener una ventaja competitiva global.
- Estimular y ayudar a todos los estamentos de Europa a participar en actividades tendentes a mejorar la calidad y promover la cultura de calidad.

Los principios básicos en los que se sustenta el modelo EFQM se sintetizan en los siguientes puntos (Figura 11.2).

- 1. Orientación hacia los resultados.** La excelencia se define como la capacidad de las organizaciones para alcanzar unos resultados que satisfagan a todos los grupos de interés, y fundamentalmente a los clientes, empleados, accionistas y a la sociedad en general. El diseño de indicadores que permitan medir este grado de satisfacción, el establecimiento de objetivos para cada uno de ellos, alcanzar una tendencia de progreso en su evolución y conseguir unas comparaciones externas competitivas constituyen la base del modelo EFQM.

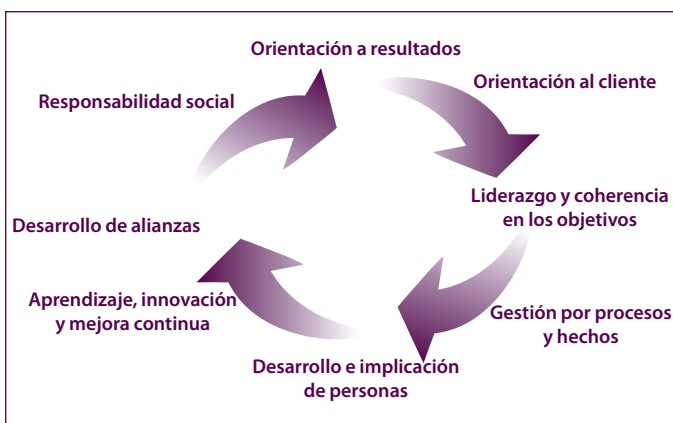


Figura 11.2. Los ocho principios de la calidad del modelo EFQM.

- 2. Orientación al cliente.** Las organizaciones excelentes son capaces de crear valor sostenido para el cliente, anticipándose en la identificación de sus necesidades y expectativas y desarrollando bienes y servicios basados en ellas.
- 3. Liderazgo.** Las organizaciones excelentes disponen de líderes con capacidad de visión, comprometidos con la organización, que definen una estrategia, y que ayudan y motivan a sus colaboradores; en definitiva, traccionan del conjunto de las personas.
- 4. Gestión por procesos.** Las empresas excelentes gestionan la organización mediante un conjunto de sistemas, procesos y datos interdependientes e interrelacionados que permite alcanzar un modelo organizativo integrado, armónico y con flexibilidad para adaptarse a las innovaciones que se puedan producir.
- 5. Desarrollo e implicación de las personas.** El modelo EFQM pretende maximizar la contribución de los empleados al progreso de la empresa a través de su desarrollo e implicación. En esta línea promueve el desarrollo de estrategias para conseguir y mantener la capacitación de las personas, facilitar su desarrollo personal y profesional y alcanzar su implicación en la mejora continua.
- 6. Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora.** Las organizaciones excelentes aprenden y se aprovechan de su experiencia y de las de los demás, recogen y comparten el conocimiento, fomentan la creatividad de las personas y, en definitiva, tienen una actitud abierta a la mejora y a la innovación.
- 7. Desarrollo de alianzas.** Las empresas vanguardistas desarrollan y mantienen alianzas con clientes y proveedores para añadir valor a sus bienes y servicios y para asegurar su futuro.
- 8. Responsabilidad social de la organización.** Las empresas excelentes fomentan el compromiso de la organización y se preocupan por el medio ambiente, contribuyendo al desarrollo y progreso de la sociedad. Además, despliegan, divulgan y aplican los principios y valores de la ética empresarial, son transparentes y demuestran un gran interés en compartir las mejores prácticas con otras empresas.

Estructura del modelo

El modelo EFQM es un marco de trabajo compuesto por nueve criterios (Figura 11.3).

Cinco de ellos son criterios agentes y especifican qué actividades realiza la empresa y cómo se organiza para producir bienes y servicios. Los otros cuatro criterios se denominan de resultado y hacen referencia a los resultados que obtiene la organización, enfocados a los cuatro grandes grupos de interés: clientes, empleados, sociedad en general y accionistas.

El modelo EFQM se sintetiza en la siguiente frase: los resultados excelentes en el rendimiento general de una organización, en sus clientes, personas y sociedad, se logran mediante el liderazgo que dirija e impulse la política y estrategia, que se harán realidad a través de las personas, las alianzas y recursos y los procesos.

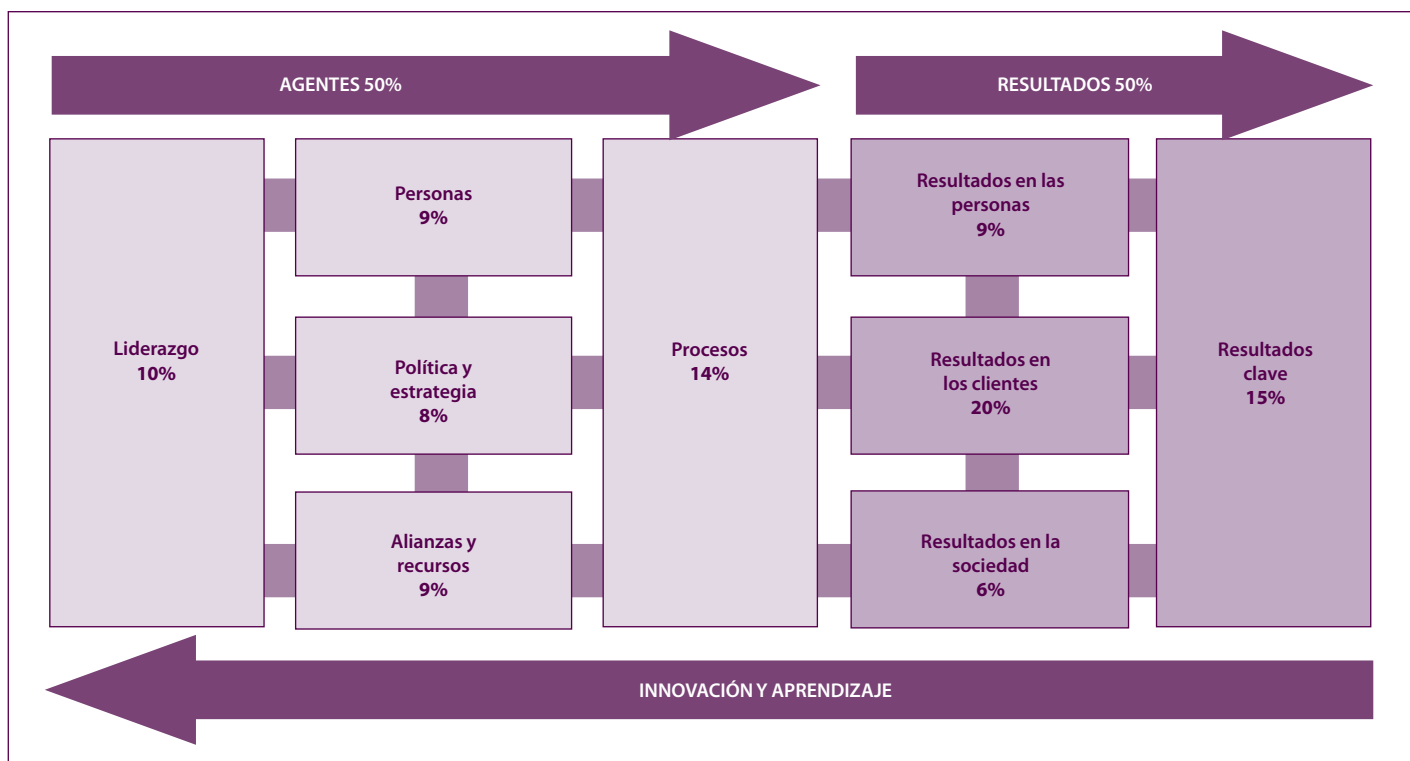


Figura 11.3. Criterios del modelo EFQM.

Cada caja o criterio se divide en subcriterios que representan diversas dimensiones del criterio. Además, cada subcriterio incorpora diversas áreas de actuación. En total, el modelo EFQM incorpora 32 subcriterios y 200 áreas de actuación o revisión.

Matriz REDER y sistema de puntuación

Los fundamentos del modelo se encuentran en el esquema denominado REDER (en inglés RADAR), compuesto por cinco elementos:

- Resultados.
- Enfoque.
- Despliegue.
- Evaluación.
- Revisión.

Su esquema de funcionamiento es el siguiente (Figura 11.4).

1. Una organización determina los **resultados** que quiere lograr como parte de su política y estrategia.
2. Planifica y desarrolla una serie de **enfoques**, fundamentados e integrados que le permitan obtener los resultados definidos.
3. **Despliega** los enfoques de manera sistemática para asegurar su implantación.
4. **Evalúa** los enfoques y el despliegue a través del seguimiento y análisis de indicadores y resultados alcanzados.
5. **Revisa** el enfoque y el despliegue, identifica actividades continuas de aprendizaje, identifica mejoras, establece prioridades e implanta las mejoras que sean necesarias.

El sistema REDER se utiliza como método de puntuación del modelo EFQM. A cada criterio (y dentro de éstos, a cada uno de sus subcriterios) se le asigna un peso específico o porcentaje.

El esquema detalla la distribución porcentual de los puntos entre los diferentes criterios. La escala de puntuación total oscila de 0 a 1000 puntos.

En los criterios de agente se evalúan las siguientes dimensiones de cada criterio y subcriterio:

- **Enfoque:** hace referencia al razonamiento que hemos utilizado para abordar un área de actuación o un problema y la planificación de actividades para su desarrollo. El enfoque valora si el planteamiento de la organización tiene una lógica clara, si se identifican los procesos a través de los cuales se aplican y si se centran en las necesidades y expectativas de los grupos de interés. Además, se valora hasta qué punto el planeamiento está integrado con la política y estrategia y con los enfoques de otros criterios.
- **Despliegue:** se valora hasta qué punto se han aplicado los enfoques definidos y las actividades planificadas, y si su implantación es coherente y sistemática.

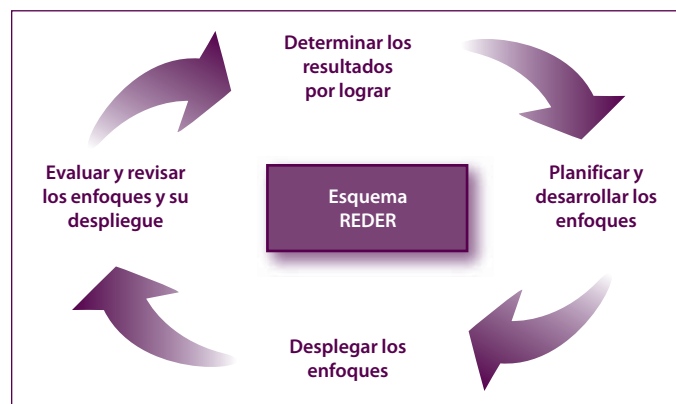


Figura 11.4. Esquema del funcionamiento REDER.

- **Evaluación y revisión:** se valora si la organización mide a través de indicadores la efectividad del enfoque y despliegue, si se identifican las mejores prácticas y las oportunidades de mejora y si, como resultado de todo ello, se implantan mejoras.

En consecuencia, una organización será excelente en un criterio agente cuando defina enfoques lógicos, coherentes e integrados; cuando despliegue dichos enfoques de una forma estructurada, completa y sistemática; cuando mida los resultados; cuando aprenda de su experiencia y, por último, cuando implante de una forma continua las mejoras identificadas.

En los criterios de resultado los ejes de la evaluación son:

- **Tendencias:** valora si los indicadores muestran una evolución de progreso y mejora o bien si los resultados son excelentes de una forma sostenida.
- **Objetivos:** valora si la organización tiene objetivos, si éstos son adecuado y si se alcanzan.
- **Comparaciones externas:** evalúa si las comparaciones con otras organizaciones del mismo u otros sectores son positivas. Cabe señalar a este respecto que el modelo en esta materia es muy estricto, porque exige la comparación con las mejores organizaciones o con las que gozan del mayor prestigio.
- **Causas:** valora si los resultados obtenidos son consecuencia de un enfoque y despliegue dirigido en la organización hacia su mejora.
- **Ámbito de aplicación:** evalúa si los resultados demostrados abarcan muchas o pocas de las áreas relevantes del subcriterio de que se trate.

De esta forma una organización excelente obtendrá unos buenos resultados en la medida en que cuente con indicadores que midan todas sus actividades relevantes, que progresen positivamente, que cumplan con los objetivos definidos y que reconozcan su competencia en las comparaciones externas.

Contenidos del modelo

El modelo EFQM está constituido por los nueve criterios que a continuación se describen.

1. Liderazgo

Los líderes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y visión, y desarrollan los valores y sistemas necesarios para que la organización logre un éxito sostenido. El concepto de liderazgo en el modelo EFQM es amplio, y su alcance no se limita a los directivos sino que se extiende a todas las personas que en la organización tienen responsabilidad sobre otras. El modelo resalta el destacado papel de estas personas en las organizaciones y plantea su competencia en su visión estratégica, en su legitimidad en la organización, en su compromiso con la propia empresa y con los demás y en su capacidad de traccionar de otras personas. De la misma forma exige su implicación activa tanto con los clientes como con las personas de la organización, en un estilo accesible y facilitador.

2. Política y estrategia

Las organizaciones excelentes implantan su misión y visión desarrollando una estrategia centrada en los grupos de interés, y la despliegan a través de planes, objetivos y procesos. El logro de un desarrollo estratégico que incorpore todas las actividades de la organización, dando armonía, coherencia e integración

a sus actividades, es uno de los aspectos clave del modelo. El enlace de la política y estrategia con la gestión de los procesos es fundamental para implantar los planes, pero a su vez es uno de los aspectos más difíciles de conseguir. Por último, si bien el criterio de política y estrategia no tiene un peso determinante en el modelo, es el punto de partida del resto de los criterios, por lo que debe ser objeto de una atención especial. Es uno de los criterios que más dificultades plantean en las instituciones sanitarias.

3. Las personas

Las personas constituyen el principal activo de las organizaciones sanitarias. Por ello, lograr su desarrollo personal y profesional, su satisfacción y su reconocimiento es un elemento clave para su futuro. En esta línea, el modelo plantea una gestión de recursos humanos que aproveche las capacidades de las personas mediante una correcta política de selección de personas, así como manteniendo y actualizando su capacidad y conocimiento, consiguiendo su implicación y complicidad, haciendo que se sientan realizadas y reconocidas y, por último, logrando una comunicación interna fluida y basada en la confianza. El modelo promueve la responsabilidad, autonomía y autosuficiencia de las personas, y por tanto busca más capacitar que ordenar en la toma de decisiones, lo que se traduce en la horizontalidad de la organización.

4. Alianzas y Recursos

En las organizaciones modernas la gestión de las alianzas con proveedores y clientes es clave para alcanzar la calidad, cumplir los compromisos y garantizar el futuro de la organización. La planificación y el desarrollo de estas alianzas serán beneficiosos para ambas e identificará sinergias y mejoras mutuas. Por otra parte, la gestión de los recursos financieros, de los equipos y materiales, de la tecnología y de la información y conocimiento son actividades claves en las organizaciones, que tradicionalmente les han prestado gran atención.

5. Procesos

La gestión por proceso constituye uno de los grandes retos de las empresas, y esto es especialmente cierto en las instituciones sanitarias. La asistencia clínica cada vez exige mayores niveles de multidisciplinariedad, y el desarrollo tecnológico, cada vez un mayor grado de especialización. En la actualidad el gran reto de la asistencia sanitaria se centra en lograr la integración entre los dos niveles asistenciales y en crear equipos multidisciplinares, plenamente compenetrados, que desarrollen una medicina ágil y resolutiva basada en la continuidad de los cuidados. Las técnicas de gestión por procesos facilitan en gran medida el logro de estos modelos asistenciales, como se detallará después en este mismo capítulo.

6. Criterios de resultados: clientes, personas, sociedad e indicadores claves

Los criterios de resultado evalúan los resultados obtenidos por la organización en cuatro ámbitos: los clientes, las personas, la sociedad y los resultados claves de rendimiento.

Los tres primeros criterios de resultado se clasifican en dos subcriterios; por una parte, las medidas de percepción directa y, por otra, los indicadores de rendimiento. La percepción directa se mide a través de las encuestas de satisfacción que se realizan tanto a los clientes como a los empleados y a los representantes de la sociedad. Estas encuestas adquieren un gran protagonismo en el modelo EFQM, y las empresas que no las empleen en su funcionamiento ordinario obtendrán pobres

valoraciones. Especial relevancia adquieren las encuestas a los clientes; el criterio 6 A (satisfacción de los clientes medida por encuestas) aporta hasta 150 de los 1000 potenciales puntos del modelo. Con carácter complementario se miden otros indicadores indirectos de la satisfacción de los clientes, como la fidelidad, el reconocimiento o la insatisfacción por quejas y reclamaciones.

Las personas de la organización también reciben mucha atención en el modelo EFQM, que les destina un criterio de agente y uno de resultados, cuyo peso, en conjunto, representa el 18% de la puntuación. De la misma forma que en el criterio de clientes, el subcriterio 7 A mide la percepción directa de la satisfacción de los empleados expresada a través de encuestas. Esta circunstancia obliga a las organizaciones a realizar periódicamente encuestas de satisfacción de sus empleados, complementadas con encuestas de liderazgo que evalúan la competencia de los líderes y el aprecio hacia ellos de los empleados. Con carácter subsidiario se miden otros resultados de rendimiento de las personas, como su implicación, la seguridad laboral, el absentismo, la capacitación, etcétera.

Los resultados en la sociedad miden la aportación que la organización realiza al desarrollo y bienestar de aquélla. Es un criterio con importantes limitaciones en la medición, especialmente en las relacionadas con la percepción. En este epígrafe se mide el reconocimiento que recibe la institución, su aportación al enriquecimiento de la sociedad, su contribución a la preservación del medio ambiente, su imagen externa y otros aspectos.

Por último, los resultados claves de la organización se miden a través de los indicadores que evalúan el desarrollo de la misión de la organización, de su razón de ser. Por tanto, sus dimensiones variarán según el tipo de organización. Habitualmente se evalúan los resultados económicos y financieros y los indicadores claves de rendimiento, proceso y calidad. En el caso de instituciones sanitarias públicas, estos resultados están vinculados a la cobertura y provisión de servicios a la población, a la accesibilidad y capacidad de resolución de la asistenta sanitaria, a la eficiencia y al equilibrio presupuestario.

La autoevaluación

La autoevaluación es un examen global y sistemático de las formas de hacer y de los resultados alcanzados por una organización que le permite a ésta identificar áreas de mejora para el futuro. Es un trabajo de revisión y reflexión que realiza el equipo directivo con objeto de conocer el estado actual de desarrollo de la organización, identificar sus puntos fuertes y sus áreas de mejora y elaborar un plan sistemático de mejora.

Las aportaciones más relevantes de este proceso son las siguientes:

- Permite mejorar el conocimiento que de la organización tienen todas las personas que participan en este proceso, al actuar sobre todas sus áreas relevantes.
- Es una oportunidad para unificar la percepción de los directivos respecto a la situación actual de la empresa, aportando una visión integradora a todos ellos.
- Sirve para identificar y priorizar las áreas de mejora en la gestión.

- Pone de manifiesto la necesidad de medir, detectando la ausencia de indicadores en algunos aspectos clave para la gestión.
- Establece un estilo directivo más planificado y estructurado, evitando que los problemas del día a día colapsen al equipo directivo.
- Previene conflictos entre los directivos, y entre éstos y la organización, al anticiparse a los problemas.

Los principales productos de este proceso son:

1. La identificación de puntos fuertes y áreas de mejora de la organización.
2. Asignación de una puntuación integrada del estado actual de la organización que le permitirá en su futuro conocer su progresivo acercamiento a la excelencia en la gestión.
3. Y por último, y como principal *output* del proceso, la identificación y priorización de áreas de mejora y, en consecuencia, la elaboración de un plan sistemático de mejora para el siguiente año.

La sistemática más utilizada para su desarrollo es la siguiente:

1. Cada miembro del equipo de autoevaluación evalúa cada uno de los subcriterios del modelo.
2. Los miembros del equipo evaluador constituyen pequeños grupos de trabajo que establecen un consenso previo sobre cada uno de los subcriterios.
3. El equipo evaluador revisa y ajusta el trabajo realizado por los grupos. Como consecuencia de este proceso, se identifican los puntos fuertes y las áreas de mejora, y se obtiene una puntuación.
4. El equipo evaluador jerarquiza las áreas de mejora con arreglo a su impacto sobre la organización, su impacto sobre los clientes, el nivel de competencia, la viabilidad de desarrollo y la dependencia exterior.
5. Una vez identificadas las áreas de mejora se seleccionan las que van a formar parte del plan de mejora.
6. Para cada área de mejora se determinan los objetivos, el responsable de la mejora, el equipo de mejora, los requerimientos, las acciones, los indicadores y el plan de seguimiento.
7. Por último se elabora un plan de seguimiento y ajuste del plan de mejora.

Como puede comprobarse, se trata de un proceso laborioso y que exige dedicación por parte de los directivos. Es muy difícil calcular el tiempo que se debe dedicar al proceso de autoevaluación, porque ello depende en gran medida del conocimiento del modelo y de la experiencia, pero se necesitan al menos 20 horas de trabajo individual y 20 horas de trabajo en grupo.

Medicina basada en la evidencia científica

Introducción

En el sector sanitario no es infrecuente observar diferentes comportamientos ante una misma situación clínica. A menudo los estilos de práctica clínica no son homogéneos y se produce una variabilidad en la práctica. En ocasiones, esta variabilidad

puede ser aceptable, por ejemplo, cuando la evidencia científica no es concluyente, o está relacionada con la limitación de recursos, con la capacidad organizativa o con las distintas preferencias de los pacientes.

No obstante para muchos comportamientos clínicos existe información suficiente para orientarlos hacia el logro de la mayor efectividad posible, aunque en ocasiones esta información sea excesiva y no necesariamente de la mejor calidad. La medicina basada en la evidencia (MBE), por cuanto propugna la utilización juiciosa de la mejor evidencia científica disponible en la toma de decisiones clínicas, es una herramienta decisiva en la mejora de la práctica clínica y de la eficiencia de los servicios de salud.

Por otra parte, dada la dificultad de manejo de la ingente cantidad de información disponible, se han desarrollado técnicas para la revisión sistemática de la evidencia científica, siguiendo el movimiento de la MBE, que se basa en una búsqueda exhaustiva y sistemática de información, seguida de su análisis crítico con arreglo a metodología de investigación aplicada y al rigor de los estudios. Así, los estudios se clasifican en función de su relevancia, antes de su selección y de la posterior integración de resultados.

De esta manera, se parte de una situación en la que las personas disponen de la mejor información posible para responder a las preguntas planteadas, pudiendo así proponer las soluciones más acertadas, válidas y de mayor credibilidad, en temas controvertidos sobre los que existe un determinado grado de incertidumbre.

Se han desarrollado diversos métodos, como el metaanálisis, para sintetizar de una forma apropiada los resultados de los diferentes estudios y para resolver las diferencias entre ellos.

Revisiones de la evidencia científica

Actualmente, debido al gran volumen de información disponible y a la rapidez de publicación en el área de la biomedicina, la evidencia científica es difícil de localizar, resumir y clasificar para cualquier profesional. Por otro lado, no toda la información de que se dispone posee el nivel de calidad exigible para constituir la base de la toma de decisiones a nivel clínico, de gestión o de política sanitaria.

A la hora de establecer recomendaciones sobre un asunto concreto, se hace necesario, por tanto, conocer en primer lugar toda la información relacionada con él, seleccionarla en función de su calidad y resumirla. Todo ello se lleva a cabo siguiendo una metodología preestablecida y criterios explícitos para poder contar con la mejor evidencia científica disponible.

La MBE se define como la «utilización consciente, explícita y juiciosa, de la mejor evidencia científico-clínica disponible, para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales». Esto significa la integración del conocimiento y el juicio clínico individual adquirido mediante la práctica y la experiencia, con las mejores evidencias clínicas externas disponibles a partir de una investigación sistemática (proveniente de ciencias básicas o no).

¿Por qué la MBE? Todos sabemos que continuamente están surgiendo nuevos tipos de evidencias que, cuando las conocemos y las comprendemos, crean cambios importantes en la práctica clínica y en la organización de los servicios sanitarios.

Está demostrado que aunque necesitamos estas evidencias a diario, no somos capaces de conseguirlas. Se calcula que un clínico necesita realizar una evaluación directa (consulta en profundidad de libros y revistas) de un caso al menos una o dos veces por semana y realizar evaluaciones indirectas (consulta de manuales, notas, etc.) alrededor de dos veces por cada tres pacientes.

Sin embargo, todos padecemos escasez de tiempo para mantenernos al día, a lo que se une el problema de que hay libros desfasados o revistas mal organizadas, dificultades con el idioma de las publicaciones o falta de medios o de habilidades para la búsqueda de bibliografía. Así, podemos afirmar que necesitamos estas evidencias a diario pero no somos capaces de conseguirlas, y como consecuencia de ello los conocimientos se deterioran con el tiempo.

Ante esta situación caben dos soluciones: a) aprender a realizar revisiones sistemáticas de evidencia, o b) buscar y aplicar los resúmenes de revisiones y guías de práctica clínica producidos por otros: agencias de evaluación, sociedades científicas, centros especializados, ACPJC, EBM, GSC, etc.

Las revisiones sistemáticas de la evidencia científica constituyen una metodología explícita, estructurada, sistemática y multidisciplinar que responde a una cuestión específica, en relación con el sector de la salud. Estas características hacen que las revisiones sean tanto reproducibles como actualizables, y que se minimicen los sesgos de búsqueda y de interpretación de resultados. El proceso implica una serie de fases que, de forma resumida, son (Figura 11.5):

- Definición de la pregunta de estudio.
- Búsqueda de la evidencia científica.
- Selección de la mejor evidencia disponible.
- Clasificación de la evidencia, mediante escalas que, en función del diseño de los estudios y de las condiciones de rigor científico en su realización, permiten categorizar los estudios.
- Presentación de la información, en forma de tablas de evidencia
- Integración o síntesis de la evidencia, en ocasiones realizada en forma de metaanálisis.

La practicar de la MBE supone que las necesidades de información se convierten en preguntas, que se realiza la localización (con la máxima eficiencia) de las mejores evidencias con que responder y que, posteriormente, se valora de forma crítica la validez y utilidad de esas evidencias para aplicarlas a nuestro contexto.

Debido a que en el sector sanitario no sólo trabajan médicos, sino que hay otros muchos profesionales ejerciendo su actividad (biólogos, psicólogos, químicos, economistas, enfermeros, bibliotecarios, etc.), algunos autores no son partidarios del término MBE, sino que propugnan la alternativa «Atención sanitaria basada en la evidencia». Lo que importa, en todo caso, no es tanto la diferente denominación sino la metodología empleada y la utilidad de sus productos.

Así, la atención sanitaria basada en la evidencia supone que:

- Las necesidades de información se convierten en preguntas.
- Se localiza (con la máxima eficiencia) las mejores evidencias con que responder.

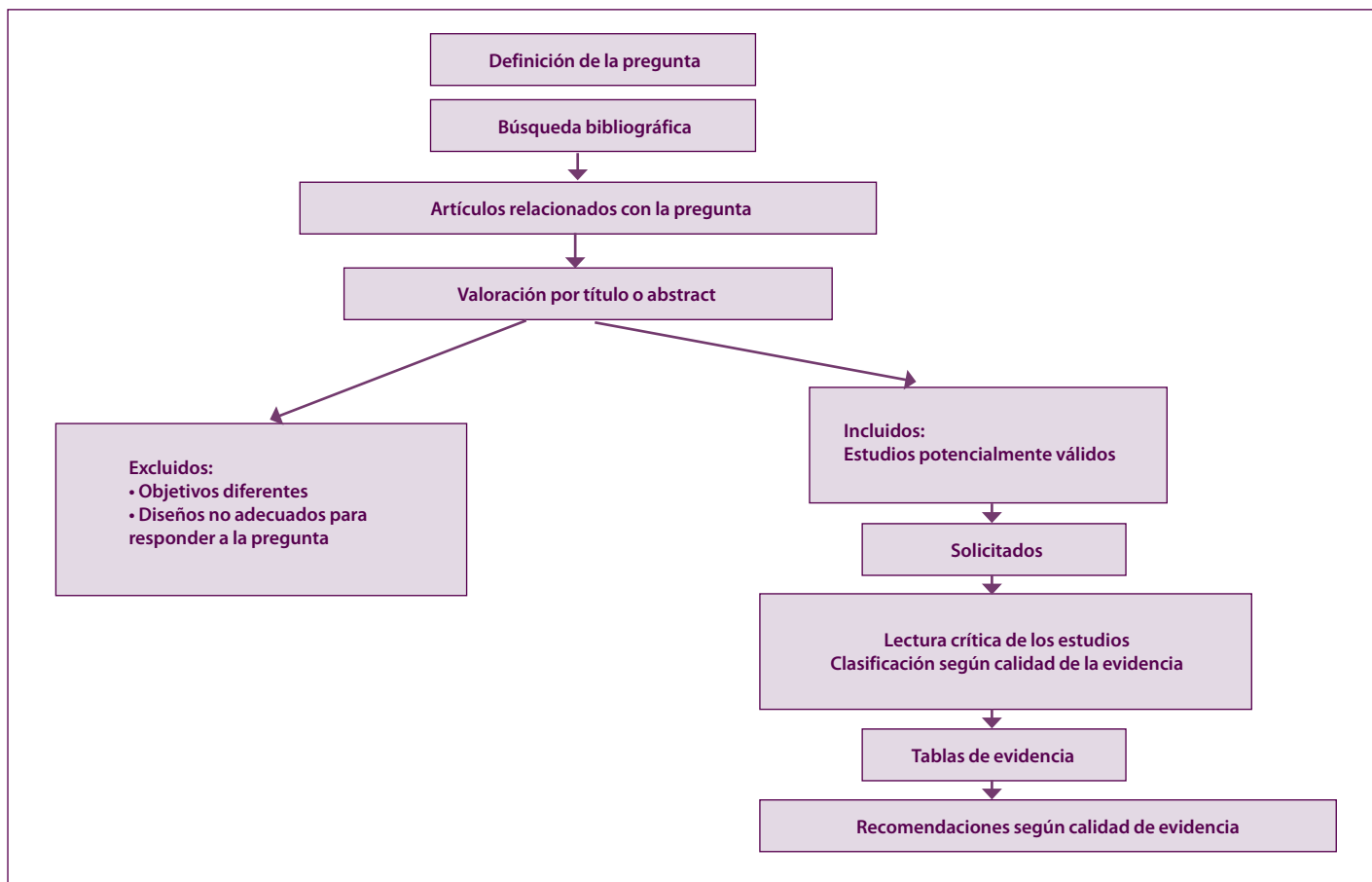


Figura 11.5. Etapas en la elaboración de una revisión sistemática.

- Se hace una valoración crítica de la validez y utilidad de esas evidencias, en el contexto.
- Es aplicable a nuestra práctica.

Necesidad de estructurar la pregunta

El primer requisito para iniciar una búsqueda es la formulación adecuada y precisa de la pregunta de investigación. Como decía el epidemiólogo Feinstein, «Es preferible acometer una evaluación aproximada de una buena pregunta que elaborar la respuesta exacta a una mala pregunta». Lo que, en lenguaje más común, significa que «quien no sabe lo que busca difícilmente interpreta lo que encuentra».

Para plantear correctamente una pregunta deben considerarse los principales elementos que la deben componer: a qué grupo de población se dirige la intervención que queremos analizar (sexo, edad, patología, características), en qué consiste la intervención a estudio (prueba diagnóstica, terapia quirúrgica farmacéutica o de otra índole, estructura organizativa), qué otras alternativas existen respecto a la intervención que se analiza (pruebas o terapias existentes con resultados conocidos) y los resultados esperados por la intervención que se analiza o variables de análisis (mejora en valor predictivo, sensibilidad o especificidad de una prueba diagnóstica, mejora en esperanza o en calidad de vida por una terapia, días de incapacidad).

Para esto, se recomienda, como regla mnemotécnica, recordar el acrónimo «PICO» que en inglés significa: *population*, *intervention*, *comparison*, *outcome*, y en castellano puede traducirse como: población, intervención, comparación y resultado.

Así, ante una pregunta concreta y bien definida, con el fin de realizar la necesaria revisión sistemática de la evidencia científica, es conveniente designar un grupo de revisión bibliográfica, que es deseable que sea multidisciplinar y cuente con una persona experta en búsquedas bibliográficas. Este grupo facilitará la mejor información disponible, obtenida de forma objetiva, sobre las preguntas planteadas. En análisis de la evidencia científica, su tarea es la de proporcionar un análisis objetivo de la literatura, sin interpretación de los resultados.

Búsquedas de la evidencia científica

Hoy día, gracias a la informática y a Internet, son muchas las oportunidades de acceder a buenas fuentes de datos y de información científica. Con una adecuada dotación técnica y un poco de formación, no es difícil poder consultar grandes bases de datos de bibliografía biomédica.

De esta manera, la estadounidense National Library of Medicine y su base Medline, la europea Embase, la brasileña

Tabla 11.2. Elementos que componen una pregunta

POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADO
Grupo de personas de características similares	Intervención principal a considerar	Principal alternativa de comparación	¿Qué mejoras cabe introducir? ¿Qué podría verse afectado por la intervención?

Bireme o la Cochrane Library en castellano, la red internacional de agencias de evaluación de tecnologías —INAHTA—, entre muchas otras, son fácilmente accesibles.

Es preciso insistir en la necesidad de estructurar previamente de forma muy precisa la pregunta de investigación o de búsqueda de la evidencia, y de contar con la colaboración de una persona experta en búsquedas bibliográficas, documentalista o bibliotecario.

Selección y clasificación de la evidencia científica

La clasificación de la evidencia científica debe realizarse en función de su calidad, estableciendo en primer lugar una jerarquía según el diseño de los estudios encontrados, dado que este determina el rigor científico de la realización de las investigaciones (Figura 11.6). A su vez, el rigor científico determina la fuerza de las recomendaciones que surgen de la bibliografía. Así, deben aplicarse criterios de distinción entre estudios de igual diseño.

El problema radica en el poco volumen de bibliografía de calidad y en la relación inversa observada entre calidad y cantidad de la información disponible

Por ello, diversos autores han propuesto formas de clasificar las publicaciones científicas o evidencias en función de la calidad de su diseño y de la calidad de realización de los estudios. En la tabla propuesta por Sackett puede verse que clasifica los diseños en cinco categorías, lo que condiciona la fiabilidad de sus resultados, así como la fuerza de las recomendaciones que emanan de estos estudios. Clasifica las recomendaciones en tres categorías (A-B-C) según la adecuación de la evidencia encontrada y la fiabilidad o fuerza de las recomendaciones (Tabla 11.3).

Más recientemente, Jovell y Navarro han propuesto una nueva clasificación de la evidencia científica, en la que se tiene en cuenta no sólo el diseño de los estudios sino también el rigor de realización de éstos como variables para determinar la fuerza de las recomendaciones que de su información resultan (Tabla 11.4).

Presentación de la evidencia científica

La información de calidad encontrada suele presentarse en forma de «tablas de evidencia», que suponen la representación estructurada de los datos más relevantes de la bibliografía seleccionada. En estas tablas se ofrece información sobre la población a estudio, el problema de salud, el tipo de inter-

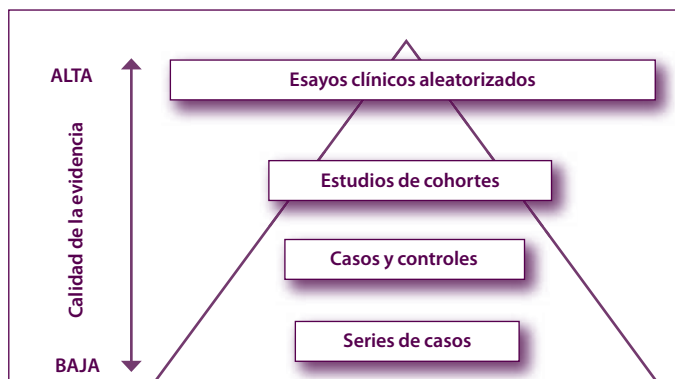


Figura 11.6. Jerarquía de la evidencia científica para cuestiones terapéuticas.

Tabla 11.3. Relación entre nivel de calidad de la evidencia y grado de recomendaciones (mod. de Sackett).

TIPO DE DISEÑO	GRADO DE RECOMENDACIÓN
I. Ensayos aleatorizados con muestra grande y resultados bien definidos	A. Adecuada evidencia científica para recomendar la adopción
II. Ensayos aleatorizados con muestra pequeña	B. Moderada evidencia científica para recomendar la adopción
III. Estudios no aleatorizados, cohortes concurrentes en el tiempo	C. Insuficiente evidencia científica por lo que la decisión debe basarse en otros criterios
IV. Estudios no aleatorizados, cohortes históricas	C.
V. Estudios no controlados, series clínicas	C.

vención y sus características, la clase de centro a estudio, el tipo de diseño de los estudios, los períodos de seguimiento, los resultados obtenidos y las fuentes de financiación de las investigaciones.

Integración de la evidencia

Supone las diferentes formas posibles de aplicación de los resultados de las revisiones sistemáticas. A continuación se enumeran las más comunes:

- Estudio de la efectividad de las intervenciones.
- Análisis cualitativo y cuantitativo.
- Evaluación económica.
- Análisis ético, equidad, accesibilidad.
- Recomendaciones de práctica clínica.
- Delimitación de responsabilidades.
- Ayuda para la regulación/prestaciones.

A modo de resumen, recordaremos las partes o elementos que debe contener una buena revisión sistemática de la evidencia científica, una vez realizada y publicados sus resultados:

- Antecedentes.
- Objetivo.
- Criterios de selección: tipos de estudio, participantes, intervención y resultados.
- Estrategia de búsqueda y bases consultadas.
- Métodos de selección, de evaluación de calidad, de síntesis.
- Descripción de la información de los estudios incluidos y excluidos.
- Resultados individuales, resumidos, metaanálisis.
- Conclusiones prácticas, no ambiguas.
- Autores y agradecimientos.

Como colofón, una recomendación: no se debe confundir «no hay evidencia de efecto» con «hay evidencia de no efecto».

Tabla 11.4. Niveles de evidencia científica

Nivel I (más alto) IX (más bajo)	Fuerza de la evidencia	Tipo de diseño del estudio	Condiciones de rigurosidad científica*
I	Adecuada	Metaanálisis de ensayos controlados y aleatorizados	Análisis de datos individuales de los pacientes. Metarregresión. Metaanálisis. Diferentes técnicas de análisis. No heterogeneidad. Calidad de los estudios
II		Ensayo controlado y aleatorizado de muestra grande	Evaluación del poder estadístico. Multicéntrico. Calidad del estudio
III	Buena a regular	Ensayo controlado y aleatorizado de muestra pequeña	Evaluación del poder estadístico. Calidad del estudio
IV		Ensayo prospectivo controlado no aleatorizado	Controles coincidentes en el tiempo. Multicéntrico. Calidad del estudio
V	Regular	Ensayos clínicos no aleatorizados retrospectivos	Controles históricos. Calidad del estudio
VI		Estudios de cohortes	Multicéntrico. Apareamiento. Calidad del estudio
VII		Estudios de casos y controles	Multicéntrico. Calidad del estudio
VIII	Pobre	Series clínicas no controladas. Estudios descriptivos: vigilancia, epidemiológica, encuestas, registros, bases de datos, estudios de prevalencia, comités de expertos, conferencia de consenso	Multicéntrico
IX		Anécdotas o casos clínicos	

* La calidad de los estudios evaluada con protocolos específicos y por condiciones de rigor científico. Jovell *et al.* 1997.

Para finalizar este apartado, a modo de recordatorio, citar las características que debe cumplir una revisión sistemática:

- Orientada hacia una cuestión específica.
- Sistemática, con metodología prefijada.
- Explícita.
- Multidisciplinar.
- Reproducible.
- Actualizable.

Guías de práctica clínica

Uno de los productos comunes de las revisiones de evidencia y, en consecuencia, de la MBE, son las guías de práctica clínica (GPC) que, según la definición del IOM (*Institute of Medicine*), «suponen propuestas desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la búsqueda de la decisión más apropiada sobre asistencia sanitaria en circunstancias específicas».

Las GPC, aportan el mejor conocimiento científico para orientar las decisiones sanitarias.

- Disminuyen la variabilidad de la práctica, incrementando las conductas más apropiadas y efectivas.
- Informan y orientan a los afectados, para compartir las decisiones.
- Contribuyen a un consumo de recursos adecuado.
- Contribuyen a la satisfacción del cliente.

Algunas experiencias de MBE

Atención sanitaria basada en la evidencia (ASBE)

Al igual que ha ocurrido en otros países, en España también se ha creado un grupo con el objetivo de dinamizar la corriente de la atención sanitaria basada en la evidencia (ASBE). Este grupo está liderado por personas de la Colaboración Cochrane Iberoamericana, y entre sus integrantes figuran miembros de AETSA y Osteba.

Como fruto de este trabajo, en septiembre de 2000 se publicó el libro titulado «Atención Sanitaria Basada en la Evidencia (ASBE). Anotaciones para los partidarios de impulsarla».

Valoración crítica de las guías de práctica clínica (AGREE)

<http://www.agreecollaboration.org>

Al igual que ocurre con otros tipos de investigación, y dada la necesidad de asegurar la calidad de las GPC, se ha desarrollado un proyecto de investigación europeo (BIOMED-2) coordinado por la *Health Care Evaluation Unit (Dpt of Public Health Sciences)*, del *St George's Hospital Medical School* de Londres. Su objetivo consiste en crear un instrumento común de evaluación de guías de práctica clínica, con el fin de promover su desarrollo riguroso en Europa.

El instrumento AGREE está disponible en 14 idiomas, entre ellos el castellano, cuya versión ha sido validada. Actualmente se está llevando a cabo la fase de diseminación activa, mediante seminarios de formación.

Changing professional practice (CPP)

Este proyecto, liderado desde Dinamarca y desarrollado a lo largo de los años 1996-99, con su realización pretende cubrir el vacío existente entre la ciencia y la práctica clínica, y para ello propone cambiar el ambiente y el comportamiento de los proveedores de atención sanitaria, a través del desarrollo y puesta en práctica de guías de práctica clínica.

La agencia de Andalucía ha publicado en castellano el libro *Cambiar la Práctica Clínica de los Profesionales*

Evaluación de tecnologías sanitarias

Las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, muchas de ellas dependientes de las administraciones sanitarias autonómicas, desarrollan asimismo una importante labor en el ámbito de la MBE, realizando revisiones sistemáticas y GPC así como financiando la realización de proyectos en este sentido. Algunas de ellas son:

AATRM (Cataluña) <http://www.aatrm.net/>

Osteba (País Vasco) <http://www.euskadi.net/sanidad/osteba>

AETS (Instituto Salud Carlos III) <http://www.isciii.es/aets>

AETSA (Andalucía) <http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA>

AVALIA-T (Galicia) <http://www.sergas.es/cas/default.asp>

Existen también colaboraciones entre agencias de evaluación, entre las que cabe citar, en el caso de las guías de práctica clínica, el proyecto *Redeguías*, donde participan miembros representantes de AATM, Osteba y AETSA. Más recientemente se ha iniciado el proyecto *Guiasalud*, en el que participan todas las comunidades autónomas.

Asimismo, cabe mencionar la colaboración internacional entre las agencias de evaluación, a través de la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias INAHTA. En su portal (www.inahta.org) pueden encontrarse los resultados de las evaluaciones de las agencias miembros de la red. La mayoría de estas publicaciones suponen la realización de revisiones sistemáticas de la evidencia científica, junto con análisis del panorama de la integración de esta evidencia en los contextos de análisis.

Redes de investigación

Entre las redes de grupos de investigación cooperativa, aprobadas en 2002 por el Instituto de Salud Carlos III, en marzo de 2003 se aprobaron dos redes de grupos de investigación relacionadas con la evaluación: la denominada «*Medicina Basada en la Evidencia, MBE*», en la que participaron 76 investigadores pertenecientes a 13 grupos de seis comunidades autónomas, y la de «*Investigación de Resultados en Salud, IRYSS*», donde hay una gran participación de las agencias de evaluación, tanto en los subproyectos y en la coordinación de los grupos, como en el liderazgo de la propia red IRYSS, que es ejercido por la AATRM.

Medicina Basada en la Evidencia, MBE

<http://www.rmbe.net/>

Investigación de Resultados en Salud, IRYSS

<http://www.aatrm.net/cas/iryss.html>

Colaboración cochrane

<http://www.update-software.com/clibplus/>

Supone uno de los mayores esfuerzos internacionales para realizar revisiones sistemáticas de la evidencia científica con el fin de brindar información útil, tanto para la investigación como para la toma de decisiones. La Biblioteca Cochrane, que es uno de sus principales exponentes, es un instrumento esencial para la puesta al día de los avances científicos.

Es preciso destacar la actividad desarrollada por la Colaboración Cochrane Iberoamericana, con sede en Barcelona. Recientemente ha aparecido en Internet la versión en castellano de esta biblioteca, denominada Cochrane Library Plus, accesible de forma gratuita desde España y desde varios países hispanoamericanos que han suscrito convenios con Cochrane (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela), además de otros países de menor renta económica.

La versión en castellano de la biblioteca Cochrane además de en la web arriba mencionada, es también accesible a través de la biblioteca virtual de BIREME, que participa y apoya plenamente esta iniciativa.

<http://www.cochrane.bireme.br/cochrane/main>

Oficina panamericana de salud (OPS)

http://www.paho.org/default_spa.htm

La OPS viene desarrollando una intensa actividad de promoción de la evaluación de las tecnologías sanitarias en América Latina, donde se han creado varios grupos de evaluación en las administraciones o en los ministerios de Salud, como ETESA en Chile o las unidades de evaluación de Panamá, en Cuba, México y Uruguay. La comunicación establecida con la OPS ha permitido que las agencias españolas hayan participado en foros de debate en ese continente y haya realizado labores docentes en diversos países, entre los que se encuentran México, Cuba, Chile, Bolivia, Panamá, Uruguay y Argentina.

OMS Europa – HEN

<http://www.euro.who.int/HEN>

Es un servicio de información fundamentalmente destinado, a los decisores de los sistemas de salud europeos. Básicamente comprende dos servicios: respuestas a preguntas precisas, para ayudar en los procesos de toma de decisiones y facilidades de acceso a las fuentes de evidencia, tales como bases de datos, documentos y redes de expertos.

HEN define la evidencia como los hallazgos de la investigación y cualquier otra fuente de conocimiento que pueda ser útil para las decisiones de salud pública y de servicios sanitarios.

Discusión

En una situación ideal, las recomendaciones para introducir prestaciones y utilizar procedimientos técnicos en el sector sanitario, así como las guías de práctica clínica, deberían basarse en la evidencia derivada de estudios empíricos desarrollados de forma rigurosa.

Aun así, hay áreas de la atención sanitaria en las que no existe suficiente evidencia de buena calidad, basada en investigación bien diseñada y rigurosa. Es en estas situaciones donde cabe desarrollar recomendaciones que tengan en cuenta la

opinión de expertos y la experiencia de los clínicos, aplicando métodos estructurados de consenso.

El debate sobre la calidad de las publicaciones biomédicas no es nuevo, y reaparece continuamente en las revistas. Así, se están proponiendo diferentes listados de criterios de calidad o *checklist* (CONSORT, INAHTA, GRADE, etc.), en función del tipo de diseño de los estudios, para analizar la calidad de las publicaciones y facilitar así una lectura crítica estructurada.

En el caso de las GPC, a partir de los resultados de la iniciativa europea AGREE www.agreecollaboration.org, se elaboró un listado de criterios útiles para la lectura crítica que esta comprobación de la calidad exige.

El impacto de las recomendaciones planteadas por las revisiones sistemáticas y por las GPC lo determinará a su seguimiento por parte de los clínicos, lo que repercutirá positivamente en la salud de las personas afectadas por las patologías o tratamientos en cuestión.

Conclusiones

- La MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina. Sin sustituir el juicio clínico y la experiencia, es una herramienta de inestimable ayuda a la hora de tomar decisiones.
- En el futuro, la eficiencia de los sistemas sanitarios estará condicionada por el abandono de la intuición y la adopción de más decisiones basadas en el conocimiento científico y en la síntesis de la mejor evidencia disponible.
- La investigación básica en sanidad es abundante, pero está dispersa y es de calidad dispar, lo que hace dificultosa su búsqueda, sobre todo la de resultados de investigaciones de calidad contrastada.
- En todas las disciplinas que intervienen en la atención sanitaria es aplicable la metodología de la MBE.
- Es imprescindible elaborar guías de práctica clínica basadas en revisiones sistemáticas de la mejor evidencia disponible, y promocionar su seguimiento por parte de los servicios de salud. Las intervenciones sanitarias eficientes llevan aparejada la aplicación de protocolos contextualizados, basados en estas guías.
- Toda esta actividad tiene como objetivo el alcanzar una asistencia sanitaria con los mayores grados de efectividad y una mejora de la calidad de vida de los usuarios, que son el origen y fin último de toda la asistencia sanitaria.

La gestión por procesos

La gestión por procesos es un vector clave para las empresas, puesto que «las organizaciones son eficaces y eficientes en la medida en que lo son sus procesos». En la actualidad constituye el reto más relevante en la organización operativa de las empresas, y una estrategia para conseguir implantar la mejora continua.

Existen varias definiciones del concepto de proceso, pero quizá la más acertada es la que lo presenta como la concatenación de decisiones, actividades y tareas llevados a cabo por personas en un orden lógico y secuencial para producir un resultado. Podría pensarse que los procesos son inheren-

tes a la producción de bienes y servicios, y que el proceso se realiza desde el mismo momento en que se constituye una empresa. Sin embargo, la aplicación de las metodologías de gestión por procesos con rigor y continuidad está logrando precisamente una importante mejora operativa de las organizaciones.

Las razones que justifican la gestión por procesos y sus principales aportaciones se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

- La gestión por procesos ayuda a comprender mejor a la organización, dada la necesidad de diseñar un mapa de procesos que integre y coordine todas las actividades de la empresa, aportando coherencia y armonía.
- Define la organización de los flujos de trabajo para producir un servicio en el que participan personas de diversas disciplinas y de distintos departamentos, aportando coordinación e integración.
- Regula las relaciones entre los diferentes procesos y subprocesos sin dejar espacios intermedios no sujetos a diseño, revisión o mejora. De esta forma se evitan los «vacíos» asistenciales, tan frecuentes en el sector sanitario.
- Evita la variabilidad en procesos repetitivos, con el fin de que alcancen la máxima eficacia.
- Evita las ineficiencias en los procesos a través de un diseño estructurado y de una continua revisión de éstos para lograr la máxima agilidad y capacidad de resolución.
- Adapta los servicios a las necesidades y expectativas de los clientes.
- Obliga a identificar y definir indicadores para medir la eficacia, eficiencia y progreso de los procesos.
- Incorpora la implicación de las personas y la mejora continua en la gestión de los procesos.
- Establece la figura del responsable de proceso y del equipo de proceso, lo que permite disponer de una estructura operativa más flexible y horizontal en las organizaciones.

La gestión de procesos está directamente relacionada con la identificación de los denominados factores críticos de éxito, a partir de los cuales se reconocen los procesos claves de la organización. Los factores críticos de éxito son aquellas características, variables o parámetros del negocio, en las que hay que ser especialmente buenos, o que son decisivas, porque determinan el éxito o fracaso del mismo. A través de estos factores surgen los procesos claves de la empresa, considerando como tales aquellos cuya misión esté directamente relacionada con un factor crítico de éxito.

Las etapas en la gestión por procesos se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

- 1. Identificar y seleccionar los procesos claves** de la organización e integrar todas sus funcionalidades en lo que se ha venido a denominar «mapa de procesos». En esta fase se consideran tanto los procesos operativos como los estratégicos (los necesarios para que la empresa cumpla con su misión y la oriente para satisfacer las necesidades y expectativas de clientes y otros grupos de interés) y los de apoyo.
- 2. Diseño de procesos.** Cada proceso definido en el mapa de procesos es diseñado con vistas a alcanzar su máxima operatividad y efectividad. En esta fase se definen la misión del proceso, las entradas y salidas del proceso, su alcance, los destinatarios y sus expectativas, el responsable y el equipo

del proceso, los subprocesos, actividades y procedimientos y, por último, los indicadores que miden el funcionamiento del proceso.

- 3. Gestión sistemática de procesos.** Esta fase incorpora dos actividades: evitar la variabilidad de los procesos en las áreas accesibles a la gestión e introducir la mejora continua del proceso.

Es de esperar que a lo largo de los próximos años la gestión por procesos sea uno de los temas que conciten mayor dedicación en las organizaciones sanitarias y como muestra del propósito de conseguir una medicina más integrada, más coordinada y más resolutive, tendencias que vienen marcadas por el desarrollo social y científico.

Lecturas Recomendadas

Asua J. Conferencia de Consenso basada en la Evidencia Científica. En: *Evidencia Científica y Toma de Decisiones en Sanidad*. Jovell AJ, Aymerich M. Barcelona, Fundació Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, Barcelona, 1999.

Asua J. Entre Consensos y Evidencia. *Gaceta Sanitaria*, 2004.

Asua J. International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). En: Jovell AJ, Aymerich M. *Evidencia Científica y Toma de Decisiones en Sanidad*. Barcelona, Fundació Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, Barcelona, 1999.

Asua J. ¿Por qué, cuándo, cómo, y para qué evaluar? *Noticias de evaluación de Tecnologías Sanitarias* 1998; 1:18-24.

Arcelay A. Gestión de procesos. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14(4): 245-246.

Bonfill X. *Asistencia Sanitaria Basada en la Evidencia: algunas propuestas para los partidarios de impulsarla*. Barcelona, 2000.

Eddy David. Clinical policies and the quality of clinical practice. *New England Journal of Medicine* 1982; 307: 343-347.

Eddy David. Guidelines for Policy Statements: the Explicit Approach. *JAMA* 1990; 16: 2239-2243.

European Foundation for Quality Management. *Autoevaluación: directrices para el sector público: salud 1995*. Bruselas EFQM, 1995.

García Martín M et al. El clínico al día. ¿Un peligro para el paciente? *Medicina Clínica* 1995; 105:622-627.

Hangenfeldt K, Asua J, Co-Chairs et al. Systems for routine information sharing in HTA., ECHTA Working Group 2 Report. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2002; 18:273-320.

Jovell A, Navarro-Rubio M^oD. Evaluación de la evidencia científica. *Medicina Clínica* 1995; 105:740-743.

Lázaro P. *Evaluación de tecnología médica. Papeles de Gestión Sanitaria*. Monografía nº II -94, Valencia, M/C/Q Ediciones, 1994.

Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu de Guillerma R. Variaciones en la práctica clínica, causas e implicaciones. *Med Clin* 1998; 110: 382-390.

Moracho O. Gestión por procesos en el Hospital de Zumárraga y Modelo Europeo de Excelencia: gestión y evaluación de la mejora continua. *Rev Calidad Asistencial* 2000; 15(3): 142-150.

Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CFB Askham J, Marteau T. *Consensus development methods, and their use in clinical guideline development*. Health Technology Assessment NHS, R&D HTA Programme. 1998; Vol 2 No.3.

Oteo LA, Hernández JF. Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica. En: Llano del J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona, Masson, 1998.

Rico R, Gutiérrez-Ibarluzea I, Asua J, Navarro MA, Reyes A, Marin I, Briones E. Valoración de escalas y criterios para la evaluación de Guías de Práctica Clínica. *Revista Española de Salud Pública* 2004; Vol 78, Nº 4.

The AGREE Collaboration Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 18-23.

Thorsen T, Mäkelä M. *Cambiar la Práctica de los Profesionales. Teoría y Práctica de la implementación de las Guías de Práctica Clínica*. Institute for Sundhedsvaesens, DSI - AETSA, Consejería de Salud, 2002.

US Congress, Office of Technology Assessment. *Identifying Health Technologies that Work: Searching for Evidence*, OTA-H-608. Washington, DC. US Gov. Printing Office, September, 1994.

Avances en equipamiento biomédico

Bajo este epígrafe se agrupan los avances más importantes que han experimentado los equipos y sistemas que sirven de apoyo a los profesionales sanitarios. Tradicionalmente estos avances se han concentrado en los hospitales y centros de alta especialización, aunque en la actualidad asistimos a un desarrollo creciente de instrumentación para uso en asistencia primaria, servicios de emergencia, y para uso ambulatorio en el domicilio.

La variedad de equipos biomédicos es enorme. A fin de facilitar el análisis, distinguiremos las siguientes áreas: a) tecnologías de la imagen; b) instrumentación analítica y sistemas de laboratorio; c) monitorización de parámetros vitales y electrofisiología, y d) cirugía.

Tecnologías de la imagen

Los sistemas de obtención de imágenes diagnósticas constituyen el subsector más importante de las tecnologías biomédicas por su impacto clínico y por la dimensión de su mercado. La imagen se ha convertido en el principal recurso diagnóstico en la práctica asistencial. Su evolución está marcada por la incorporación de nuevas modalidades y por, las mejoras en la resolución y en los tiempos de adquisición.

Se ha producido un desarrollo notable de nuevos sistemas; estos avances destacan los experimentados en radiología digital, TC helicoidal, resonancia magnética, ecografía, sistemas de análisis y reconstrucción de imágenes, redes de imágenes (PACS) y los sistemas de imagen molecular, entre ellos PET y SPECT^{2, 3}.

La digitalización ha marcado un antes y un después al ampliar las posibilidades de procesamiento, almacenamiento y comunicación de las imágenes, y ha abierto el camino hacia la integración en sistemas de historia clínica electrónica y el desarrollo de aplicaciones de telemedicina.

La adopción generalizada de la norma DICOM y de las recomendaciones IHE está favoreciendo el despliegue de los departamentos de imagen digitalizados sin placas que, además, se extienden geográficamente mediante redes de PACS (sistemas de archivo y comunicación de imágenes diagnósticas), que han pasado a dar cobertura, más allá de los departamentos y complejos hospitalarios, a las áreas de salud e incluso a regiones completas, llegando a la asistencia primaria. El telediagnóstico es ya una realidad en pleno desarrollo y constituye uno de los núcleos de la telemedicina, como veremos más adelante.

Una de las técnicas que más ha evolucionado y cuya difusión va en aumento es la resonancia magnética (RM), que de estar limitada al sistema musculoesquelético ha pasado a utilizarse también para las lesiones abdominales, pélvicas y cardiovasculares. La evolución tecnológica está facilitando sistemas de campo más alto y con campo abierto. Los sistemas de imágenes de resonancia magnética constituyen la modalidad con mayores posibilidades de penetración en el futuro.

Las prestaciones de la tomografía axial computadorizada (TC) han evolucionado considerablemente, con mejoras radicales en la resolución espacial y temporal, lo que permite las adquisiciones rápidas de grandes volúmenes del cuerpo. Los progresos técnicos de adquisición con detectores múltiples y los avances de la computación para tratamiento de imágenes han hecho posible una nueva generación de equipos que ofrecen mejores

calidades, con la posibilidad de realizar reconstrucciones en tres dimensiones, que se aplica en estudios vasculares, planificaciones quirúrgicas y cálculos volumétricos, así como para estudios funcionales de órganos como el corazón. La angiografía cardíaca por TC helicoidal con detectores múltiples permite la visualización directa de las arterias del corazón sin necesidad de catéteres.

Una de las aplicaciones más espectaculares es la «endoscopia virtual» en la cual, con ayuda de procesamiento digital, las imágenes se formatean para producir una presentación a modo de viaje virtual, dando una visión de estructuras intraluminales tales como bronquios, arterias y venas.

La digitalización ha posibilitado el desarrollo de nuevas aplicaciones. Uno de los ejes más importantes es la fusión de imagen multimodalidad, como, por ejemplo, la fusión de RM y TC para la planificación de radioterapia.

Los tratamientos digitales hacen posibles los estudios comparativos tridimensionales de imágenes tomadas en distintos momentos, con contraste, o multifase. Otra de sus aplicaciones es la segmentación ósea, que permite la eliminación automática de las estructuras óseas facilitando la visualización de las partes blandas.

Los nuevos sistemas de TC permiten también la evaluación cuantitativa, con aplicaciones tales como el análisis vascular, la perfusión, el análisis pulmonar, la colonografía o la densitometría mineral ósea.

Otra de las aplicaciones de los nuevos desarrollos tecnológicos en TC son los estudios en cuatro dimensiones sincronizadas con la respiración. Esta tecnología captura todo el rango de movimientos de estructuras internas esenciales y de lesiones durante la respiración. Esa información ayuda, por ejemplo a los oncólogos, a seleccionar la fase más apropiada del ciclo respiratorio para planificar con más precisión el tratamiento, ya que permite visualizar y estudiar el desplazamiento del tumor contribuyendo a un mejor conocimiento del área de interés.

La ecografía es un sistema de obtención de imágenes en gran expansión y con demanda creciente. Los nuevos equipos disponen de mejoras como la digitalización y el uso de sistemas de alta frecuencia que ofrecen una mayor resolución, comparable a la obtenida con TC y RM. Estos nuevos equipos permiten la visualización no invasiva de estudios en tres y cuatro dimensiones.

La imagen molecular es un campo emergente que está abriendo un amplio panorama de posibilidades de cara al futuro. En esta modalidad se aúnan las nuevas herramientas de la biología celular y molecular con las tecnologías de imagen diagnóstica. La imagen molecular se basa en el uso de tecnologías de imagen tales como la tomografía por emisión de positrones (PET), la tomografía computadorizada por emisión de fotón único (SPECT), la resonancia magnética (RM), la imagen óptica, los ultrasonidos y otras posibilidades en fase de investigación. La imagen molecular permite realizar simultáneamente el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad *in vivo*, dentro del cuerpo, y muestra cómo se está comportando un tratamiento.

Otra característica importante es la posibilidad de obtener información cuantitativa, por ejemplo en relación con la agresividad de un tumor o la funcionalidad de un órgano como el corazón. Esto se consigue gracias al uso de sistemas de computación avanzada que constituyen un elemento fundamental de estos sistemas.

Los sistemas de imágenes con radionucleidos, como la PET, representan la avanzadilla del desarrollo en el campo de la imagen molecular. Tienen como desventaja su baja resolución, y para superarlo se utilizan técnicas de fusión con otras modalidades de imagen como la TAC. En esta línea, la modalidad de fusión PET/TAC combina el examen biológico que proporciona la PET con el detalle de las imágenes estructurales que brinda la TAC. Se espera disponer en breve de sistemas PET/TAC que hagan posible realizar exploraciones de cuerpo entero en menos de cinco minutos.

De todas las modalidades usadas en imagen molecular los sistemas basados en RM ofrecen la mejor resolución pero presentan limitaciones en relación con los agentes de contraste y las sondas. No obstante, la alta difusión de los sistemas de RM hace prever desarrollos futuros en este campo, y muy probablemente el uso combinado de RM con PET sea una línea relevante en su evolución.

Están avanzando notablemente las tecnologías endoscópicas para imagen molecular que emplean sondas fluorescentes y bioluminiscentes. También se está trabajando en el desarrollo de cámaras ópticas para partes externas superficiales y para endoscopia, si bien al igual que ocurre con la RM, existen limitaciones debido a los elementos de contraste.

Instrumentación para analítica y sistemas de laboratorio

En el área de laboratorios y analítica los avances científicos y tecnológicos se han dejado notar en varias direcciones. Por una parte, existe una tendencia hacia la automatización total de los laboratorios centrales; por otra, se observa un desarrollo de sistemas portátiles que facilitan la realización de pruebas en los puntos de asistencia a pie de cama, en consultas de atención primaria y en el propio hogar por los pacientes.

Los sistemas de automatización total de laboratorios (TLA) hacen uso de las posibilidades que ofrecen los dispositivos de medida automáticos y robotizados para realizar todas las fases de las pruebas de un laboratorio clínico⁴. Las muestras de sangre, orina y otros fluidos se procesan de forma automática, lo que evita gran número de los errores que se producen en los sistemas manuales. Todas las funciones (tales como etiquetado, identificación, centrifugación, dilución, transporte, introducción y extracción de las muestras del analizador, almacenamiento y recuperación del refrigerador, pipeteado en contenedores preseleccionados y distribución) se realizan automáticamente, sin intervención de personal.

La implantación de la TLA se está extendiendo y previsiblemente seguirá haciéndolo en los próximos años. Los sistemas se organizan con componentes modulares que permiten la construcción de configuraciones de trabajo que se adaptan a las necesidades de cada caso. El control sobre todo el sistema se mantiene a través de una red de área local (LAN) que facilita la interfaz entre los diferentes subsistemas y soporta el sistema de información del laboratorio (LIS) para la gestión de tareas tales como el registro de peticiones, resultados, códigos de barra, informes, interfaces con analizadores y otro equipamiento de analítica. Los datos se intercambian electrónicamente con el sistema de información hospitalario (HIS) usando mensajes estandarizados, habitualmente HL7 o EDIFACT.

Hoy día se está extendiendo el uso de la tecnología *web*, lo que permite el trabajo en red y la comunicación por Internet con interfaces de navegador estándar.

Se están implantando sistemas para el control y seguimiento automático de las muestras y de los pacientes utilizando tecnología de etiquetas electrónicas (RFID).

Paralelamente a la automatización de los laboratorios centrales, se están desarrollando los sistemas portátiles. Desde hace varios años existen analizadores portátiles que permiten realizar las pruebas clínicas más comunes, como las de balance electrolítico, glucosa, hemoglobina, creatinina, pH, gases en sangre, factores de coagulación, colesterol, pruebas de embarazo e incluso de PCR. Hoy día los progresos de la microelectrónica han permitido avanzar más en esta línea, e incluso desarrollar conceptos tales como el de «laboratorio en un *chip*», donde se explotan los avances en microistemas, dinámica de fluidos, bioquímica y tecnologías de la información para desarrollar sistemas de procesado bioquímico integrado. Gracias a las tecnologías de fabricación de dispositivos micromecánicos y microelectrónicos (MEMS) se están produciendo, en grandes cantidades y a precios cada vez más económicos, nuevos sistemas de diagnóstico rápido como analizadores de orina portátiles automáticos más fáciles de manejar y con mejores prestaciones. En la actualidad se está introduciendo toda una gama de analizadores portátiles de uso personal para el autocontrol de los pacientes crónicos, como los medidores de glucosa para diabéticos o de los parámetros hematológicos para pacientes sometidos a terapia oral de anticoagulantes.

Otro nuevo campo que hay que considerar es el de la instrumentación y las soluciones integradas para los trabajos en proteómica, que abarcan técnicas de separación de proteínas, espectrometría de masas y soportes informáticos del flujo de trabajo.

Equipos y sistemas para monitorización

Los sistemas de telemetría permiten monitorizar los parámetros vitales necesarios (ECG, SpO₂, presión sanguínea no invasiva) sin limitar la libertad de movimiento de los pacientes. Son cada vez más los hospitales que instalan redes de datos, como los sistemas inalámbricos basados en tecnologías Wi-Fi que, unidos a terminales de informática móvil, permiten el acceso a la información y a la historia clínica electrónica en cualquier parte y en cualquier momento. Las nuevas tecnologías se proyectan también al área de la monitorización, particularmente en tres aspectos: monitorización flexible, monitorización continua de las funciones vitales y sistemas de biotelemetría. El ámbito de aplicación se extiende a los cuidados intensivos, las emergencias, los cuidados subagudos, la atención perinatal, el área quirúrgica y los pacientes externalizados. Están apareciendo conceptos nuevos como el de «cama virtual», adaptando la instrumentación a los cuidados intensivos que el paciente requiere.

Una de las aplicaciones que se están relanzando es la biotelemetría, con sistemas de localización, para pacientes que necesitan tener movilidad. Este sería el caso, por ejemplo, de los pacientes cardíacos, en los que la práctica médica actual recomienda la movilidad temprana para evitar los riesgos de los efectos colaterales asociados con la inmovilización.

Cirugía

La innovación en el área quirúrgica abarca las ayudas para la navegación quirúrgica, la realidad aumentada, la realidad virtual, la cirugía robótica y la telecirugía.

El uso de procedimientos laparoscópicos en cirugía torácica y general ha aumentado de forma considerable durante la última década. En muchos casos, se ha convertido en el procedimiento habitual, como ocurre en la colecistectomía por coledocistitis y en la broncoscopia para biopsia pulmonar. Estas técnicas de cirugía mínimamente invasiva están en evolución e incorporan sistemas robóticos que se están perfeccionando de forma continua. La cirugía robótica es ya una realidad, y está ampliando su campo de aplicación en traumatología, cardiología y neurocirugía⁵.

Por otra parte son cada vez más los hospitales que emplean sistemas informáticos para control y seguimiento de la instrumentación quirúrgica, a fin de evitar errores y disponer del instrumental necesario donde y cuando se requiere, así como para optimizar los ciclos de uso y esterilización. Este tipo de *software* se conoce como CIMS (*computer inventory management system*).

Telemedicina

En términos sencillos, la telemedicina se entiende como la provisión de servicios médicos a distancia usando medios electrónicos y de telecomunicaciones⁶. La historia de la telemedicina está ligada al desarrollo de las telecomunicaciones. El telégrafo, el teléfono, la radio, la televisión y los enlaces por satélite se han utilizado para uso médico desde el momento de su aparición. Tradicionalmente, la motivación principal para el uso de la telemedicina ha sido la de facilitar servicios sanitarios en lugares remotos y aislados. Otra aplicación clásica ha sido la de apoyo a los equipos médicos en situaciones de emergencias médicas y de desastres. Sus aplicaciones pioneras han estado ligadas históricamente a los servicios de sanidad radiomarina, los programas aeroespaciales y la defensa. Actualmente, los sistemas de telemedicina se contemplan cada vez más como una herramienta para facilitar el acceso a recursos diagnósticos escasos y la comunicación entre niveles sanitarios, reduciendo los costes de desplazamiento y tiempo de los pacientes, los médicos y otro personal sanitario.

Una de sus aplicaciones más clásicas es la provisión de servicios en zonas especiales, tales como plataformas petrolíferas, canteras y grandes obras civiles. La teleasistencia en lugares de residencia, como los hogares de ancianos, las clínicas geriátricas o los centros penitenciarios, es otra de las aplicaciones que se extenderá en los próximos años.

Hay que destacar el gran interés y las iniciativas desarrolladas en este terreno por las compañías farmacéuticas, entre las que figura el soporte a los ensayos clínicos. También existen experiencias de provisión de atención médica en vuelos comerciales.

En el entorno profesional sanitario, la telemedicina encierra un gran potencial para la educación y la formación. Existen aplicaciones de telemedicina en prácticamente todas las especialidades médicas. En la Tabla 12.1 se muestran datos de la difusión por especialidades en Europa. Como se puede observar,

Tabla 12.1. Distribución de aplicaciones de telemedicina por especialidades en Europa

Radiología	16%
Cardiología	11%
Primaria-especializada	10%
Neurorradiología	8%
Patología	8%
Dermatología	7%
Cirugía	6%
Otras	35%

y al igual que ocurre en el resto del mundo, las aplicaciones en radiología y cardiología son las más utilizadas.

A continuación se exponen con más detalle las dos áreas de la telemedicina que se consideran más interesantes por su capacidad innovativa y su impacto en la asistencia sanitaria. Estas áreas son la teleconsulta primaria-especializada, y la asistencia personal.

Teleconsulta primaria-especializada

Las aplicaciones de telemedicina para facilitar las comunicaciones entre la asistencia primaria y la especializada son las más extendidas, y se considera que están entre las de mayor proyección de futuro. Se trata básicamente de aplicaciones para «teleconsulta con paciente» en tiempo real o para «teleconsulta entre profesionales». Tienen por objeto facilitar a los profesionales de atención primaria la realización de consultas con el hospital de referencia, centros de emergencias u otros recursos especializados. Con ello se pretende aumentar la capacidad de resolución de los centros de salud, potenciar la colaboración entre los distintos profesionales sanitarios, fomentar la cultura de atención integral y continuada entre los profesionales de los diferentes niveles que intervienen en el proceso asistencial, y mejorar el nivel de satisfacción de los pacientes.

Entre los beneficios esperados se encuentra el de evitar los desplazamientos innecesarios de los pacientes, la pérdida de horas de trabajo para acudir a un centro distante, las bajas y permisos laborales y los problemas de transporte de las personas con invalidez. Igualmente, se espera evitar desplazamientos a los profesionales sanitarios, disminuir la lista de espera en especialistas y utilizar la tecnología para el entrenamiento a distancia sobre determinadas patologías.

Estos sistemas permiten aprovechar las posibilidades de las historias clínicas electrónicas compartidas, con mejora de calidad asistencial y un uso más eficiente de sistemas diagnósticos y de tratamiento, disminuyendo también la repetición de procedimientos mientras se acelera la disponibilidad de imágenes y datos esenciales para la continuidad en los cuidados.

Se pueden distinguir dos modos básicos de operación:

1. En tiempo real o modo síncrono, cuando la comunicación es interactiva e instantánea, como en el caso de una videoconferencia, en el que los interlocutores intercambian información en el mismo momento. Requiere la presencia simultánea de los participantes en la sesión.

2. En tiempo diferido o modo asíncrono, también conocido como de «almacenar y enviar». En esta modalidad las respuestas están diferidas en el tiempo, de forma similar al modo del correo electrónico. Una característica fundamental de esta modalidad es que no requiere la presencia simultánea, en el mismo momento, de los participantes en la teleconsulta.

El modo síncrono se utiliza sobre todo en los casos de teleconsulta con pacientes por medio de sistemas con videoconferencia. Esta modalidad requiere el establecimiento de agendas conjuntas y la disponibilidad simultánea de los agentes que estén involucrados en la sesión. Tanto en la primera visita como en las de seguimiento, el especialista se comunica en tiempo real con el paciente usando el sistema de audio y vídeo. El especialista puede recibir información adicional procedente de equipos suplementarios conectados a la estación emisora, tales como digitalizadores de imágenes, captadores de señales como ECG, cámaras especiales para dermatología y oftalmología, esfigmomanómetros, pletismógrafos y otros. El paciente está acompañado por el médico de atención primaria o por un auxiliar que dirige o facilita la utilización del sistema y los equipos auxiliares. Las sesiones se desarrollan de acuerdo con un protocolo preestablecido, previa aceptación del paciente.

En el caso de la teleconsulta entre profesionales, se puede utilizar cualquiera de las dos modalidades. Las teleconsultas en tiempo real sirven para el intercambio de opiniones y la discusión simultánea sobre imágenes radiográficas o datos. Normalmente se realizan cuando hay que analizar casos complejos. También se utilizan para realizar sesiones clínicas «virtuales», de forma que, por ejemplo, médicos de un centro de salud o rurales puedan participar en sesiones desarrolladas en el hospital de referencia sin necesidad de desplazarse físicamente. También se emplean en cursos de actualización. No obstante, requieren más tiempo y la disponibilidad simultánea de los profesionales, tanto en atención primaria como en atención especializada.

La modalidad asíncrona se emplea sobre todo en situaciones ordinarias para la petición de informes sobre casos que no son urgentes, en los que un diagnóstico o una consulta se puede realizar de forma diferida (modo correo) al cabo de minutos u horas. Representa el mayor volumen de la actividad de telemedicina. Hace muchos años que se utiliza este sistema en electrocardiografía transtelefónica. También es un caso típico de la solicitud de informes de radiología a distancia.

Telemonitorización domiciliaria

Los sistemas de telemedicina para asistencia domiciliaria permiten realizar teleconsulta con el paciente o sus cuidadores en tiempo real y, en caso necesario, monitorizar parámetros vitales de forma continua: tensión arterial, frecuencia cardíaca, auscultación cardíaca, auscultación pulmonar, pulsioximetría, peso, glucosa en sangre, espirometría, exámenes psicométricos o control visual de heridas. De esta manera se pueden transmitir las modificaciones del tratamiento, así como proveer información y guías de ayuda para el paciente o su cuidador.

Estos sistemas permiten evacuar consultas en tiempo real o diferido entre el entorno del paciente y el médico. Por otra parte, facilitan soportes telemáticos al profesional que tenga que visitar al paciente, tales como el acceso a la historia del paciente o la petición de pruebas, así como herramientas para la gestión de protocolos de trabajo. Otra funcionalidad importan-

te es la de facilitar la comunicación entre diferentes miembros del equipo de asistencia domiciliaria y la comunicación con otros servicios sanitarios, tanto de asistencia primaria como de urgencias o de atención especializada.

Entre las patologías crónicas que más se tratan por este procedimiento están la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad coronaria, la enfermedad de Alzheimer, el asma, la EPOC, la ansiedad y depresión. También se utiliza para trasplantados renales, casos de alta precoz y hospitalización domiciliaria, embarazos de alto riesgo, cuidados en posmasectomía y la atención durante la lactancia.

Equipos y sistemas de telemedicina

La telemedicina es una disciplina nueva y en rápida evolución. Hasta hace poco tiempo se ha nutrido de experiencias individuales que brindaban soluciones particulares. Todo ello ha contribuido a que exista una amplia variedad de sistemas que difieren en su complejidad dependiendo de la modalidad de trabajo, la especialidad médica, el número de usuarios y los componentes tecnológicos elegidos^{6,7}. Se trata de sistemas compuestos de diversos equipos y programas informáticos que integran muchas tecnologías, desde sensores, instrumentación biomédica, captadores de imágenes y medios informáticos para el almacenamiento y procesado de señales, hasta tecnologías de telecomunicaciones con satélites, fibra óptica y terminales multimedia. Por otra parte, hay que tener en cuenta la extensa variedad de señales y tipos de información que es necesario intercambiar. Todo ello explica la gran variedad de equipamientos y soluciones existentes. Entre ellas se pueden distinguir cinco prototipos que con más o menos variantes sirven de modelo para la mayoría de las aplicaciones prácticas actuales. Son los siguientes:

Terminales PC con conexión a Internet

En este modelo los usuarios (médicos generales, especialistas o pacientes) se comunican usando un PC normal y conexión a Internet. Esta sencilla infraestructura permite realizar teleconsultas médico-médico y médico-paciente, usando el correo electrónico para intercambiar mensajes de texto así como documentos, datos alfanuméricos, imágenes, archivos de voz y videoclips. También se usan aplicaciones realizadas sobre *web* para el trabajo cooperativo.

Estos sistemas son sencillos, asequibles y económicos, aunque presentan limitaciones en cuanto a seguridad, garantía de funcionamiento, acceso a Internet, funcionalidad en el manejo de la información e integración con los sistemas de información sanitaria de las instituciones.

La disponibilidad creciente de accesos de banda ancha (ADSL y cable) permite ampliar las posibilidades de estos sistemas especialmente para la transmisión de imágenes y la videoconferencia, que los acercan a los equipos de categoría superior.

Sistemas con captación y transmisión de imágenes

Se trata de sistemas que permiten trabajar con imágenes médicas. Éstas se obtienen a partir de equipos con salida de imagen digital o usando escáneres para digitalizar las imágenes en soportes tradicionales con nivel de calidad diagnóstica.

Estos sistemas son esenciales para teleconsultas de radiología, oftalmología, dermatología y anatomía patológica, así como para la discusión de casos clínicos entre la atención primaria y la especializada. Llevan incorporados medios de adquisición de imágenes, de transmisión y de visualización con características apropiadas que ofrecen calidad diagnóstica y tiempos de respuesta aceptables para los usuarios.

Sistemas con videoconferencia en tiempo real

Mediante equipos de videoconferencia, estos sistemas permiten la comunicación de audio y vídeo en tiempo real, de forma que se pueden realizar encuentros virtuales entre profesionales o entre un profesional y un paciente (Fig. 12.3).

Sus aplicaciones más características son la teleconsulta de psiquiatría, la teleconsulta de casos entre médicos de atención primaria y especialistas, las visitas médicas virtuales a domicilio, los cursos de formación a distancia para profesionales, y las sesiones clínicas virtuales.

Sistemas con captación y envío de señales biomédicas del paciente en tiempo real

Se trata de sistemas que cuentan con instrumentos de monitorización que permiten adquirir y transmitir en tiempo real datos vitales para el diagnóstico y control a distancia.

Normalmente estos equipos se añaden a la estación de trabajo base, además de la videoconferencia y los sistemas de digitalización de imágenes y documentos. Se utilizan mucho en la asistencia domiciliaria a ancianos, la terapia renal domiciliaria, el hospital a domicilio y la teleconsulta primaria especializada

Sistemas que permiten la movilidad de pacientes y profesionales

Las comunicaciones móviles facilitan la comunicación para telemedicina en cualquier momento y desde cualquier lugar en que se encuentren el paciente o el médico usando tecnologías de satélite (GSM, WAP, SSM, MMS, Bluetooth, GPRS y WLAN).

Sus aplicaciones más difundidas son las de sistemas de emergencias sanitarias así como la monitorización y el control de pacientes crónicos (diabetes, insuficiencia cardíaca, hipertensión, terapia con anticoagulantes orales, asma).

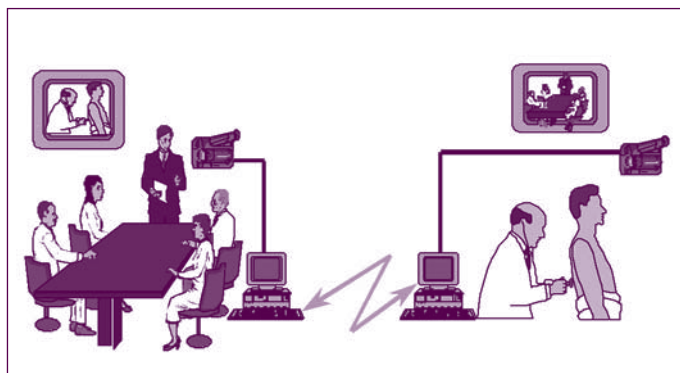


Figura 12.3. Esquema simplificado de un sistema de teleconsulta mediante videoconferencia en tiempo real.

El nuevo espacio de la e-salud

En el ámbito europeo se emplea el término «e-Salud», en sentido amplio, para referirse a la aplicación de las tecnologías de la información y las comunicaciones en todas las funciones del sector sanitario^{8,9}. Esto incluye productos, sistemas y servicios y abarca aplicaciones sanitarias tales como las redes corporativas, la historia clínica electrónica, los servicios de telemedicina, y los sistemas personales portátiles, y no sólo las aplicaciones basadas en Internet.

Las aplicaciones de la e-salud constituyen un conjunto cada vez más extenso y complejo de sistemas y servicios. En la Figura 12.4 se muestra un esquema con diferentes conjuntos o clases de aplicaciones, que engloban conectividad, sistemas de información, aplicaciones de e-comercio y e-negocio, aplicaciones sanitarias, aplicaciones para la gestión y aplicaciones para la práctica médica. El núcleo básico lo constituyen las infraestructuras con aplicaciones de conectividad entre los diferentes agentes mediante redes (intranet, extranet, Internet) y servicios básicos tales como el correo electrónico, el intercambio electrónico de datos (EDI), o el intercambio de ficheros (FTP).

Las características propias de Internet, con su gran amplitud de cobertura y de conectividad entre usuarios, la hacen un medio idóneo para facilitar la comunicación entre agentes múltiples, como se da en la práctica clínica, donde diferentes participantes (médicos, enfermeras, pacientes, administrativos, laboratorios, farmacias, etc.) deben intercambiar información para la provisión de los servicios de salud. Internet constituye una forma económica y sencilla de conectar a todos los participantes, personas y máquinas, facilitando que compartan la información independientemente del lugar y el momento en que se encuentren.

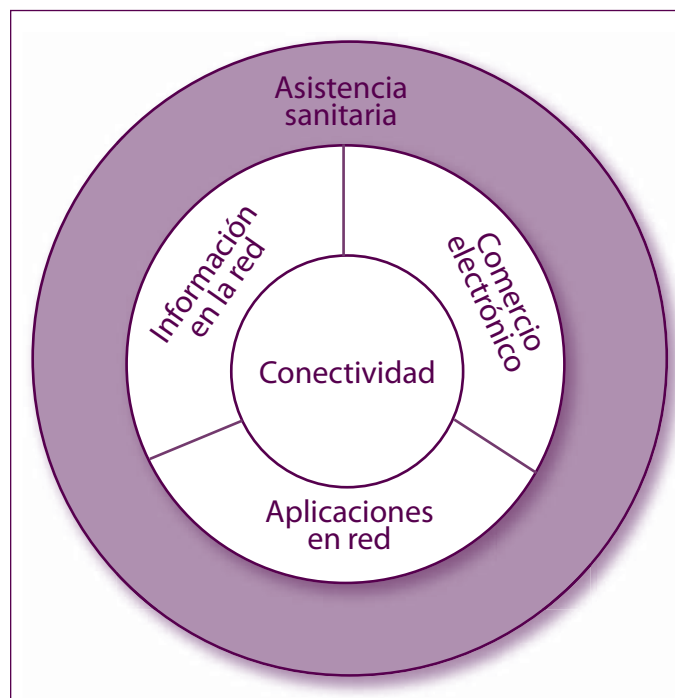


Figura 12.4. Componentes principales de la e-salud. El núcleo está constituido por las infraestructuras y servicios de conectividad que sirven para dar soporte al acceso a servicios de información, comercio electrónico y de aplicaciones. Los servicios de asistencia sanitaria (telemedicina) hacen uso de los anteriores.

El conjunto de aplicaciones de información en la red recoge todas las aplicaciones que usan www en Internet en forma de portales y sitios *web*. Es la parte que más se ha asociado tradicionalmente con la e-salud. Cabe distinguir los servicios de red para los pacientes y consumidores de los orientados a los profesionales.

Las instituciones sanitarias están haciendo un uso cada vez mayor de estos instrumentos. Un ejemplo lo constituyen los portales de salud, desde los cuales se ofrece información a los ciudadanos sobre materias y servicios sanitarios.

De acuerdo con los datos del Eurobarómetro, ya en 2002 más del 80% de los médicos europeos estaban conectados a Internet, y el 25% de los ciudadanos la utilizaban para cuestiones de salud. Tal como se muestra en la Tabla 12.2, los datos del Eurobarómetro muestran un uso creciente de Internet por parte de los médicos generales para la formación continua, la transferencia de datos de los pacientes y para ofrecer servicios de telemedicina.

Internet representa para los profesionales un medio inestimable de acceso a información científica y técnica, revistas en formato electrónico, atlas anatómicos, imágenes diagnósticas, casos clínicos, información sobre ensayos clínicos, guías de práctica clínica y muchas otras más. Una aplicación muy valiosa para ellos es la posibilidad de adquirir, actualizar y mejorar conocimientos y habilidades de forma flexible, personalizada y compatible con su trabajo normal. Las nuevas herramientas multimedia y de Internet permiten acceder a este tipo de servicios educativos de forma eficaz, económica e independiente de la localización geográfica. La velocidad de cambio en la sanidad hace necesario disponer de mecanismos de formación dinámicos que den respuesta a las necesidades actuales, que las estructuras docentes tradicionales no pueden satisfacer.

Las aplicaciones en red comprenden sistemas y prestaciones en los que se basa la actividad de las instituciones sanitarias. Implican la migración para el trabajo en red de las aplicaciones sanitarias clásicas, tales como sistemas de información radiológica, sistemas de laboratorio, sistemas de información hospitalaria o historia clínica electrónica.

Por último, las aplicaciones para asistencia sanitaria, o de telemedicina, recogen los sistemas tecnológicos relativos a la provisión de servicios sanitarios y que se han expuesto con cierto detalle en apartados anteriores.

En la Figura 12.5 se muestra esquemáticamente la evolución temporal y la complejidad de la implantación. Actualmente se tiende a la expansión de todas ellas y al desarrollo de servicios con componentes de provisión médica y clínica (telemedicina). La realización de estos servicios se orienta hacia la integración con los otros tipos de aplicaciones.

Los servicios y sistemas de e-salud implican cambios organizativos, con nuevos entornos y culturas de trabajo que afectan

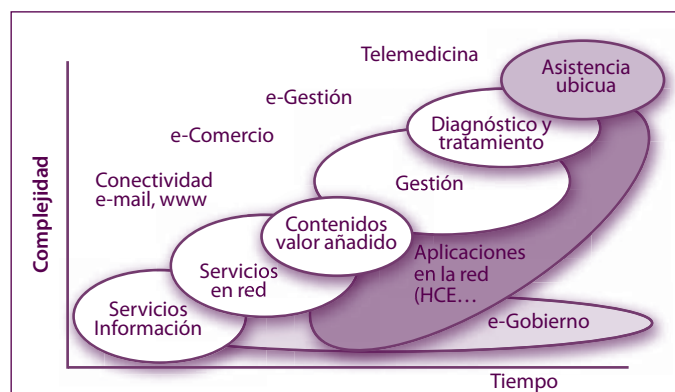


Figura 12.5. Diagrama que muestra el espacio de la e-salud con los conjuntos de aplicaciones en función de su complejidad y la evolución en el tiempo.

a las organizaciones, los profesionales, los usuarios y las formas en que todos ellos se relacionan.

La transición hacia la sanidad en una sociedad de la información interconectada en red es objeto de atención creciente en lo que puede afectar a los procesos de implantación práctica y las grandes líneas de impulso político.

Perspectivas de futuro de la e-salud

Los planteamientos actuales del Programa Marco de investigación en Europa para el horizonte del 2010¹⁰, se orientan hacia lo que se ha dado en llamar inteligencia ambiental (AmI) y se basan en sistemas informáticos ubicuos, redes inalámbricas, sensores e interfaces personales que permitirán el acceso universal a la información en cualquier momento y en cualquier parte. De esta perspectiva las personas interaccionan de forma casi natural con el medio para tener acceso a servicios de información y de conocimiento a través de tecnologías embebidas en el entorno.¹¹⁻¹³

Los nuevos sistemas AmI se basan en la combinación de conectividad inalámbrica de banda ancha, computación sensible al contexto y sensores personales, para crear una nueva clase de servicios que van desde sistemas de telemedicina móvil y de prevención para personas mayores en su domicilio, hasta nuevos entornos de trabajo para los profesionales en los hospitales, la atención primaria o en los servicios de emergencias.

La AmI se basa en los resultados de la investigación en los campos de la microelectrónica, sensores, comunicaciones inalámbricas, medios de interacción persona-ordenador, así como en la computación basada en el contexto y la realidad aumentada.

Tabla 12.2. Uso de Internet por médicos generales en la UE

Eurobarómetro EU15	2000	2001	2002
Médicos generales con conexión a Internet	44%	77%	78%
Uso para formación continua	34%	70%	72%
Para transferir datos del paciente	9%	37%	46%
Para ofrecer servicios de telemedicina	5%	7%	12%

Cuestiones relacionadas con las nuevas tecnologías en sanidad

Varios estudios recientes muestran el impacto creciente de las nuevas tecnologías en el sector sanitario¹⁴⁻¹⁶. La incorporación de las nuevas tecnologías y las nuevas infraestructuras de información están provocando la aparición de nuevos modelos de provisión de cuidados y nuevas formas organizativas que explotan las capacidades de ubicuidad de acceso a la información y la comunicación, movilidad de los agentes y mayor capacidad de diagnóstico, tratamiento y protección de la salud (Fig. 12.6).

La introducción de las nuevas tecnologías en la sanidad produce un cambio, a veces radical, en las rutinas de trabajo, ya que tienen una gran repercusión sobre las personas y las organizaciones al cambiarse los roles actuales, suprimir algunos y crear otros nuevos. La gestión del cambio cobra especial relevancia para las organizaciones sanitarias. De hecho, la introducción de la e-salud está ligada a los procesos de transformación de las organizaciones, que implican la reingeniería de procesos, la ampliación del alcance geográfico, o la gestión del conocimiento. Por ejemplo, en la operación de servicios de telemedicina están involucrados diferentes usuarios y a menudo diferentes organizaciones. La telemedicina tiene mucho de organización de nuevas formas de trabajo y, por tanto, también afecta a la gestión de los servicios de salud^{17,18}. La aplicación de las nuevas tecnologías en la práctica clínica significa una nueva forma de hacer las cosas y, además, la posibilidad de hacer cosas nuevas. Las nuevas tecnologías no se limitan a sustituir las antiguas: su alcance es mayor, ya que afectan a las estructuras de las organizaciones actuales, a la forma en que operan, y al modo en que se relacionan. La implantación de la e-Salud posibilita la realización de nuevos modelos de empresa (virtual), donde el mayor valor estará en el conocimiento y en la red de contactos con proveedores y clientes. Las aplicaciones de la e-salud permiten la desubicación geográfica, temporal y administrativa de los recursos de conocimiento, es decir, de los recursos humanos especializados y de los medios de relación con los pacientes¹⁹.

La extensión de las nuevas tecnologías sanitarias plantea retos de muy diversa naturaleza, que no son sólo técnicos, sino también de tipo ético, cultural, legal, económico y organizativo. Los avances tecnológicos encierran potencialidades para mejorar problemas, pero pueden empeorarlos o crear otros. Las bondades potenciales de las nuevas tecnologías pueden no re-

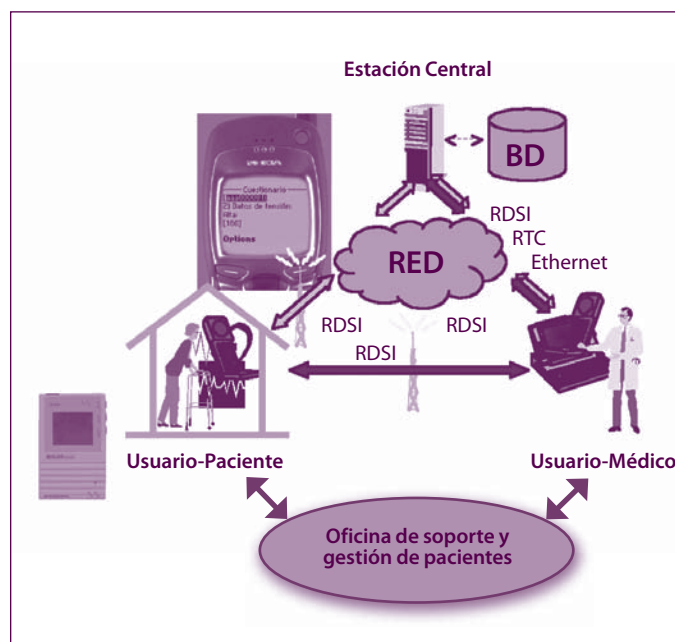


Figura 12.6. Las tecnologías móviles y de Internet facilitan los servicios de telemedicina personal para seguimiento y control de pacientes crónicos. La figura muestra el esquema del sistema AIRMED-Cardio, utilizado para pacientes con hipertensión, insuficiencia cardíaca y en terapia con anticoagulantes orales.

flejarse apropiadamente e incluso pueden producir problemas nuevos como consecuencia de las organizaciones, los procesos y los valores que presiden su utilización. A medida que los desarrollos tecnológicos se hacen más complejos también se hacen más complejos los requisitos que impone su diseño para asegurar que se pueden usar de forma segura y efectiva.

La velocidad del cambio tecnológico en sanidad hace difícil disponer de información fiable para evaluar coste/efectividad y coste/eficiencia.

Uno de los problemas que ha surgido por la aplicación extensiva de las TIC es el de la seguridad de los datos y la garantía de la confidencialidad.

También es motivo de preocupación la posibilidad de que un desarrollo tecnológico desequilibrado produzca nuevas barreras para personas, colectivos o instituciones. Todo ello está ligado a un proceso social general en el que intervienen aspectos ajenos al propio sistema sanitario, tales como las dificultades de acceso por falta de disponibilidad económica o de formación.

Bibliografía

1. Laurier D. ICT at the heart of the modern hospital. *IHE* 2005; 25(4): 12-14.
2. Weissleder R. Molecular imaging: explaining the next frontier. *Radiology* 1999; 212: 609-614.
3. Functional Imaging. Disponible en Internet en : <http://www.shef.ac.uk/uni/academic/I-M/mpce/rsch/funimg.html>
4. Felder RA. Modular laboratory robotics and automation. *JIFCC* 1997; 9(2): 56-60.
5. Mack, M J. Minimally Invasive and Robotic Surgery. *JAMA* 2000; 5: 568-572.
6. Monteagudo JL. Telemedicina. En: Belmonte *et al. Manual de Informática Médica*. Barcelona. Caduceo Multimedia, 2003; 233-252 .
7. Bracale M, Monteagudo JL, Rossing N *et al.* Telemedicine in Europe – The TELEPLANS Project. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2002; 8:308-310.
8. Monteagudo JL. *Marco para el desarrollo de la e-Salud en España*. Madrid, Instituto de Salud Carlos III, 2001.
9. CEC. Council Resolution of 18 February 2003 on the implementation of the eEurope 2005 Action Plan (2003/C 48/02). *Official Journal of the European Union* 28.2.2003.
10. EC. i2010 Una Sociedad de la Información Europea para el crecimiento y el empleo. *COM* 2005; 229 final.
11. Monteagudo JL, Reig J. e-Health and the elderly, a new range of services? *The IPTS Report* 2004; 2: 46-53.
12. Monteagudo JL, Reig J, Lamas R. IST at the service of the people in a changing society. En: *IST at the service of a changing Europe by 2020: Learning from world views*. Tirana, Publishing House of the Romanian Academy, 2005.
13. Korhonen I, Parkka J, Van Gils M. Health monitoring in the home of the future. *IEEE Eng in Medicine and Biology Magazine*. 2003; 22:66-73.
14. Cummings K, Spivack R. *Innovation, Demand and Investment in Telehealth USA* Washington, Dep. of Commerce, 2 OTP, 004.
15. García J , Achaerandio F. *Análisis de Mercado. Análisis Multicliente del Mercado Español de Tecnologías de la Información en el Sector Sanitario*. Madrid, IDC, 2005.
16. PWC. *HealthCast Tactics:A Blueprint for the Future*. London, PWC, The Healthcast 2010 Series, 2002.
17. Monrad Aas IH. A qualitative study of the organizational consequences of telemedicine. *J Telemed Telecare* 2001;7(1):18.
18. Monteagudo JL, Hernández C, García-López F. Metodología de introducción de servicios de e-Salud para el seguimiento y control de pacientes crónicos. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78(5): 571-581.
19. Salvador CH, Pascual, M, Gonzalez MA *et al.* Airmed-Cardio: A GSM and Internet Services-Based System for Out-of-Hospital Follow-up of Cardiac Patients. *IEEE Trans. On Information Technology in Biomedicine* 2005; 9(1):73-85.

Dr. Julio Villalobos Hidalgo
Villalobos Consultores.
Director

Las dificultades para prever el futuro

Para TRANSFORMARSE no es suficiente ACTUAR de forma diferente, sino que es necesario SER DIFERENTE (Richard Pascale, 1992)

Los cambios que se han producido, y que sin duda se producirán en el futuro, en la organización del sistema sanitario son un reflejo de los cambios que se van produciendo en la sociedad en que estamos inmersos las personas.

Los cambios se producen de una forma inexorable, y este es un hecho evidente y constante desde los albores de la humanidad. Sin embargo, tenemos especial dificultad en prever el futuro de nuestras organizaciones y las estructuras físicas y humanas sobre las que se debe desarrollar. Parece imposible que Thomas Edison, en 1880, no creyera en el valor comercial del fonógrafo; que Harry Warner, presidente de la Warner Brother Pictures despreciara en 1927 el valor futuro de las películas sonoras, o que Ken Olsen, presidente de la *Digital Equipment Corporation* no creyera en 1977 en las posibilidades que encerraba el ordenador personal.

Hoy día se hacen considerables esfuerzos para prever cómo van a ser las organizaciones del futuro, y el sistema sanitario no es una excepción.

Pese a todas las dificultades que existen para prever el futuro, parece que hay un cierto consenso sobre cómo deberían ser las organización eficientes en el futuro:

- Las empresas se dedicarán a producir servicios o productos muy cualificados, con una orientación clara a la producción de servicios más que de productos.
- Las empresas establecerán redes de cooperación horizontales y verticales.
- Las organizaciones producirán sólo aquellos productos o servicios en los que sean excelentes (*core business*), subcontratando aquellos otros en que no lo sean.
- Se pasará de las organizaciones basadas en la producción en las organizaciones basadas en el conocimiento.
- El sector público se apoyará en empresas privadas subcontratadas para la producción de sus servicios, reservándose la empresa pública el control legal de los procesos.

- Las estructuras jerárquicas actualmente existentes serán sustituidas por la colaboración, el trabajo en equipo y la asunción conjunta de responsabilidades.
- Las organizaciones basadas en el conocimiento requieren una política de formación permanente a todos los niveles. Utilizando como guía las Recomendaciones del Comité Permanente de los Hospitales de la Unión Europea, vamos a ir estudiando aquellas tendencias sociales, políticas, económicas y de organización interna que creemos van a condicionar estos cambios.

Tendencias sociales (Figura 13.1)

Los pacientes serán cada vez más exigentes en cuanto a sus deberes y derechos en la atención sanitaria

Afortunadamente el nivel de vida y la cultura han hecho evolucionar a los pacientes hacia el nivel de usuarios, con una clara conciencia de sus derechos aunque la de sus deberes va algo por detrás. Una faceta importante para lograr la racionalización futura del sistema sanitario es que se conozcan sus costes y se separen nítidamente aquellas prestaciones que están cubiertas por el Sistema Nacional de Salud de aquellas otras prestaciones que no lo están, y su forma de financiación.

Los pacientes estarán cada vez más informados

El interés por el mantenimiento de la salud y la posibilidad de acceder a la información hará que los pacientes tengan más información sobre los procesos diagnósticos y terapéuticos, lo que se traducirá en una mayor exigencia de información y en la necesidad de compartir con el paciente la información clínica y la toma de decisiones.

Aumentarán las preocupaciones por los problemas éticos y sociales

Los sistemas europeos, tanto en los países que tienen un sistema nacional de salud como en los que tienen un sistema de seguros sociales, mantienen una razonable equidad y accesibilidad a la atención sanitaria. Otros países como, EE.UU. o

los países latinoamericanos o asiáticos, tienen sistemas que no garantizan la equidad del acceso.

Las nuevas tecnologías van por delante de la legislación e incluso de las normas morales regladas, por lo que tanto los profesionales como las organizaciones se enfrentarán a dilemas éticos relacionados con la eutanasia, la ingeniería genética...

La atención a la salud se hará más próxima al entorno del paciente

Hasta hace pocos años los sistemas sanitarios en los países europeos (y España no ha sido una excepción), se centraba en la asistencia a la enfermedad, que se producía fundamentalmente en los hospitales, los cuales acaparaban un alto porcentaje del presupuesto sanitario.

La orientación hacia la atención a la salud condiciona un cambio trascendental en la forma de realizar la producción del sistema sanitario, y origina otros niveles de atención. Unos contemplados ya en la Ley General de Sanidad de 1986 y otros pendientes de creación, que acercan la atención a la salud al entorno natural del paciente, lo que sin duda mejorará su confort y la eficiencia de los recursos utilizados.

En este sentido, el concepto de «continuum asistencial» obliga a mantener al usuario en la situación óptima desde el punto de vista asistencial, que, sin ánimo de ser exhaustivo, puede ser la de atención domiciliaria, los pisos tutelados, los hoteles de pacientes, los centros de rehabilitación, las residen-

cias asistidas, los centros de salud, los hospitales de crónicos, los hospitales comarcales y los hospitales de referencia.

Se prestará una mayor atención a la calidad de los procesos

Se hará mayor incidencia en lo que hacemos y cómo lo hacemos. La gestión clínica y la medicina de la evidencia se impondrán como una norma de trabajo no sólo para hacer con calidad lo que hacemos, sino para hacer sólo aquello que los compradores y la evidencia nos dicten que debemos hacer. Esto implica hacer converger los intereses de los profesionales con los intereses del hospital, que a su vez tienen que coincidir con los objetivos del sistema sanitario que haya dictado el financiador del mismo.

Mayor descentralización de la gestión y mayor centralización de las decisiones de planificación

A medida que el financiador sea más fuerte y tenga más capacidad de planificar adecuadamente, mayor será su capacidad de descentralizar los procesos de producción de los servicios sanitarios.

Tanto a nivel internacional como a nivel nacional (Informe Abril-Martorell, Informe de la Subcomisión de Sanidad del Parlamento, etc.) existe unanimidad sobre la necesidad de descentralizar la producción y dar más autonomía a los profesionales.

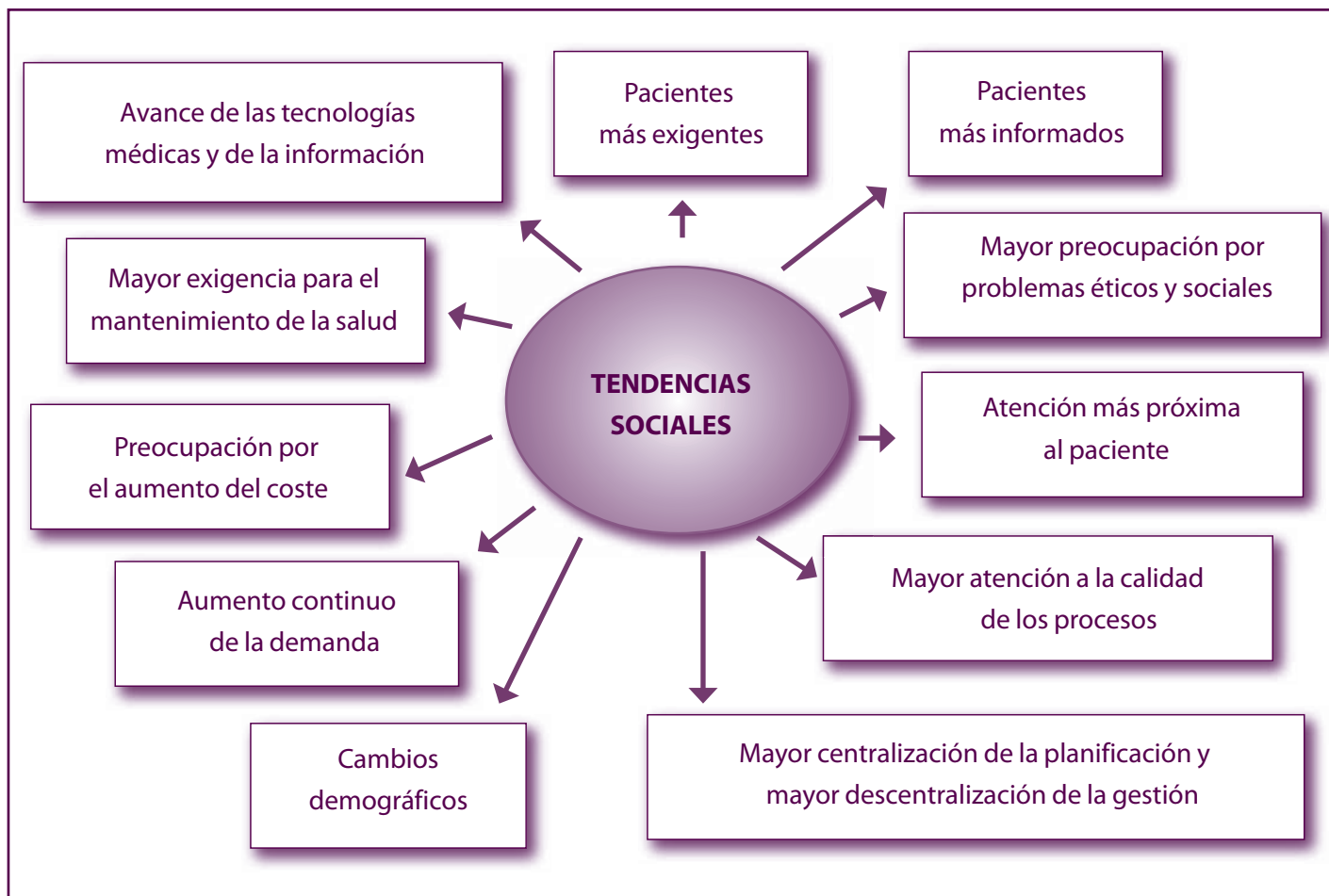


Figura 13.1. Tendencias Sociales.

Este proceso tiene que ir en paralelo a la oportunidad de participación y motivación de los profesionales. La separación de la financiación y la compra con respecto a la provisión es condición indispensable para que se llegue a la autogestión en un mercado de competencia vigilada.

Mayor preocupación por el aumento de los costes de la sanidad

El aumento de los costes sanitarios, muy por encima del aumento de la riqueza de los países, es un motivo de gran preocupación en todos ellos, y en todos se han tomado medidas para contenerlo. En algún caso, como el español, se ha logrado frenar dicho aumento, pero los pactos de financiación 1994-1998 y 1998-2001 fijaron el crecimiento del gasto sanitario en el del PIB nominal, logrando la contención en algunos capítulos. Sin embargo, las transferencias al resto de las comunidades autónomas a principios de 2002 y el nuevo sistema de financiación, no parece que hayan logrado la contención del gasto.

Las propuestas de que el usuario del sistema pague parte de los servicios (básicamente aquellos que no son sanitarios: hostelería, etc.) trasladan la preocupación también a los usuarios, que deben ser conscientes del alto coste del sistema sanitario, muchas veces con servicios inadecuados o simplemente no sanitarios.

Cambios demográficos de la población

El aumento de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad y los movimientos migratorios (emigrantes y turistas) constituyen factores que hay que contemplar para definir el futuro de nuestro sistema sanitario.

La esperanza de vida casi se ha doblado en los últimos 150 años, con una población cada vez más numerosa de personas mayores de 65 años, muchas de las cuales padecen patologías crónicas o son sometidas a intervenciones que hoy son posibles gracias a la tecnología, pero que hasta hace algunos años eran imposibles: prótesis articulares, prótesis intraoculares, cirugía cardíaca, etc. Para realizar adecuadamente todos estos procesos hacen falta cuantiosos recursos físicos, humanos y económicos, que hasta hace pocos años no se percibían como necesarios, ya que los pacientes habían muerto o tenían que sobrellevar estas patologías irresolubles.

La disminución de la natalidad varía el papel de este ámbito asistencial, pero la variación puede ser estacional y, al igual que hemos asistido a una disminución de la natalidad, en los próximos años podemos asistir a un aumento, como de hecho ya está ocurriendo en algunos países de la Unión Europea.

Aumento continuo de la demanda de servicios sanitarios

Ya hemos señalado antes que la demanda de servicios sanitarios es imparable debido a varios factores: las expectativas de los usuarios y los profesionales de la sanidad, la evolución tecnológica, que posibilita cambios reales en la atención de determinadas patologías, y la aparición de otras que son ficticias, pero que han dado lugar a una demanda incontenible debido a la propia presión de los usuarios, de los profesionales y de las casas comerciales.

Un mayor impacto de los estilos de vida en los servicios que presta el sistema sanitario

Hasta hace pocos años las enfermedades infecciosas habían sido las patologías dominantes, con el tiempo fueron disminuyendo y aumentaron las patologías crónicas. Ahora los nuevos estilos de vida están condicionando la aparición de nuevas patologías infecciosas, especialmente el SIDA, pero también otras patologías como el consumo de drogas o el estrés, las enfermedades de la malnutrición, enfermedades debidas a la polución y a la contaminación, el aumento de la yatrogenia, etcétera.

Avance de las tecnologías médicas y de la información

La irrupción continua de nuevas tecnologías, que en algunos casos pueden representar transformaciones cuantitativas en el desarrollo de los métodos diagnósticos y terapéuticos, condicionarán cambios transcendentales en dichos métodos, además de ser el primer factor de aumento de los costes en el presupuesto sanitario.

La aplicación de las tecnologías de la información, todavía incipiente en nuestro entorno, permitirá la integración de la información clínica y administrativa y posibilitará nuevas formas de gestión, ahora difíciles de imaginar, pero para las cuales debemos prepararnos.

Tendencias políticas (Figura 13.2)

La confrontación entre las ideas de competitividad y equidad

Se producirá un acercamiento entre los objetivos de los sistemas europeos más equitativos y los sistemas liberales. Los primeros, manteniendo los principios de equidad y accesibilidad, se orientarán hacia una mayor eficiencia en la producción de los servicios, ante la imposibilidad de mantener la escalada de los costes, mientras que los segundos deberán acomodarse necesariamente a la demanda social de una mayor cobertura de la población, como parece ser la tendencia en EE.UU.

La necesidad de una mayor eficiencia en la producción de los servicios sanitarios

La escalada de los costes sanitarios y la necesidad de controlarlos obligarán a producir con más eficiencia los servicios sanitarios, introduciendo cambios legislativos o nuevas formas de gestión que lo hagan posible.

Introducción del «mercado» para aumentar la competencia

Las leyes puras del mercado no son aplicables a un bien como la salud que debe ser protegido por el Estado, y que, por tanto, siempre estará sometido a tutela para evitar sesgos no deseables: selecciones adversas, polarizaciones económicas, etc. Para que exista «cierto mercado» deberá establecerse una nítida separación entre los proveedores y los compradores de los servicios.

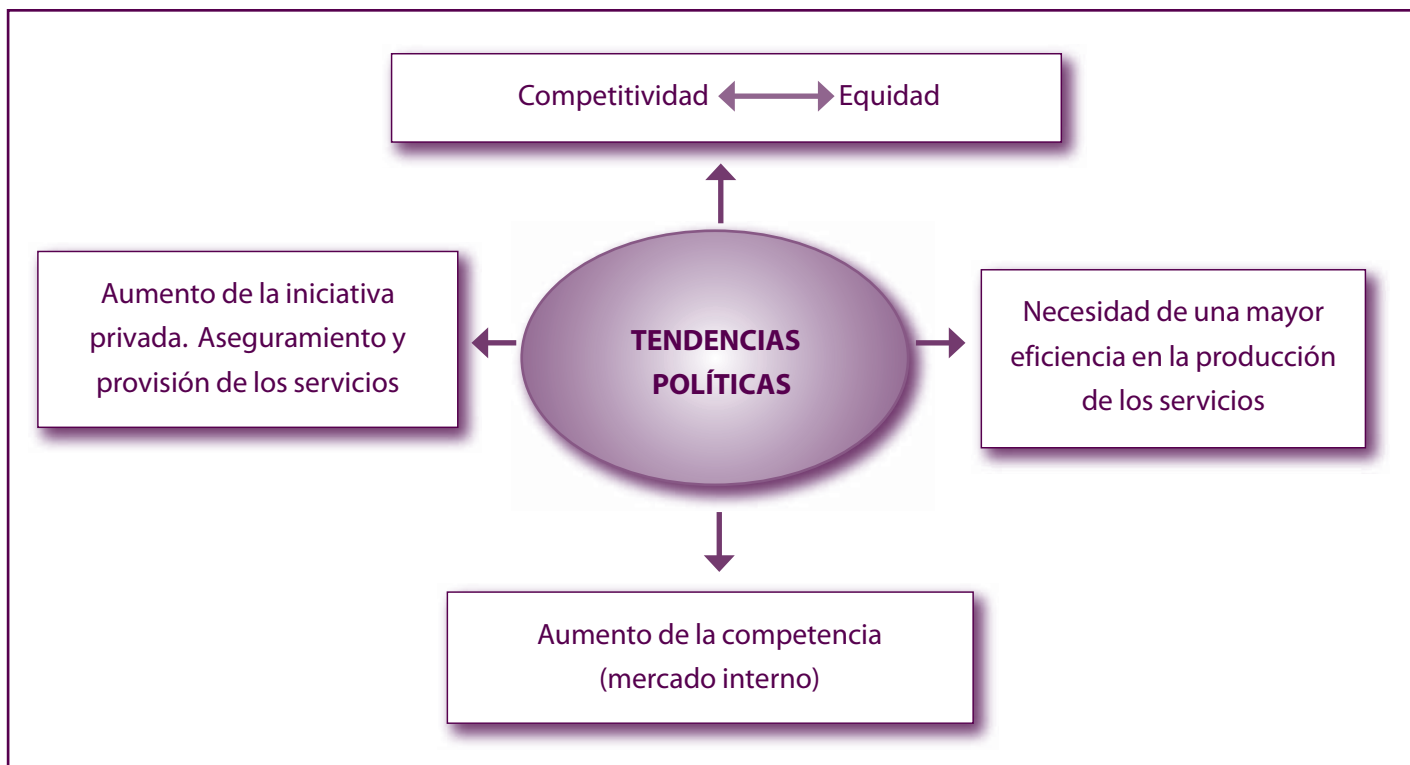


Figura 13.2. Tendencias políticas.

Cada comprador (asegurador) debería tener la libertad para comprar a aquellos proveedores que le presenten una oferta mejor. Para que estas reglas de juego sean válidas se tendrá que contemplar la posibilidad de cerrar servicios e incluso hospitales por falta de clientela.

Aumento de la iniciativa privada en el aseguramiento y la provisión de los servicios sanitarios

Existe una tendencia a introducir la iniciativa privada, dada su flexibilidad y mayor eficiencia en la gestión de los servicios. En el marco de un Sistema Nacional de Salud equitativo, accesible y universal.

En nuestro país el aseguramiento está monopolizado por el Ministerio de Sanidad, con la excepción de aproximadamente los dos millones y medio de funcionarios que pueden elegir entre el sistema sanitario público y las aseguradoras privadas. Con objeto de estimular la eficiencia y la transferencia de riesgo, hay una cierta tendencia a la diversificación del aseguramiento y una clara diversificación de la provisión de proveedores del servicio sanitario, generalizada en algunas comunidades autónomas como Cataluña y en clara implantación en otras.

Tendencias económicas (Figura 13.3)

Una mayor racionalización

Esta tendencia debería orientarse no sólo en la dirección de fijar una cartera de servicios, los cuales se compromete a asegurar el financiador a través de los proveedores, sino también

hacia una concienciación de los profesionales y usuarios sobre lo que se puede ofertar con el porcentaje del PIB que cada país dedica a la sanidad y al hecho de que esta cantidad debe ser distribuida entre aquellos servicios que demuestren su eficiencia, independientemente de las modas o las veleidades de políticos o profesionales.

Una mayor competitividad

Se irá produciendo una desregulación de los sistemas, que promoverá un mercado interno modulado, pero que permita la transferencia de riesgo del comprador al proveedor y, de esta forma, la motivación de aquellas instituciones y profesionales más eficientes.

Nuevos sistemas de financiación

Ya hemos tenido la oportunidad de comentar la necesidad de profundizar en cambios organizativos que hagan posible una financiación en la que el presupuesto sea una verdadera herramienta de gestión. Vimos cómo la financiación de las estructuras sanitarias era y es todavía mayoritariamente estructural, sin mecanismos positivos de estímulo a la eficiencia, y cómo a veces estos estímulos podían llegar a ser negativos. Se han ido desarrollando sistemas basados en unidades relativas de valor (UBA, UPA, etc.) y, posteriormente, agrupaciones de procesos de isoconsumo del tipo de los grupos relacionados por diagnósticos (GRD) para poder cuantificar y cualificar la producción de los servicios sanitarios hospitalarios.

Si pretendemos lograr la eficiencia en la producción de los servicios, la financiación se debe alejar de la visión histórica que actualmente predomina, para primar la eficiencia de aquellos que mejor producen dentro de una cartera de servicios adecuada a las necesidades de los usuarios.

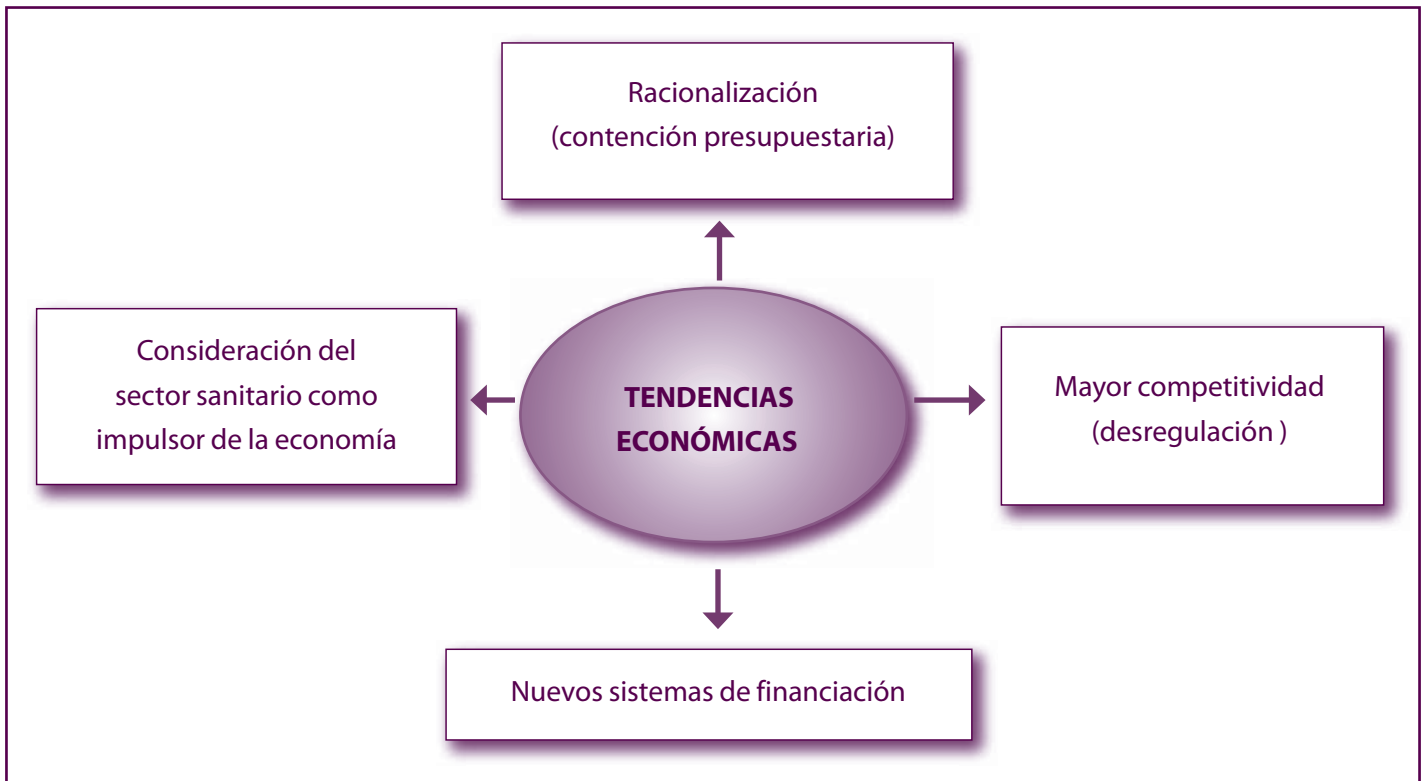


Figura 13.3. Tendencias económicas.

El sector sanitario como impulsor de la economía

El sector sanitario se ha venido considerando como un gran centro de costes, sin reparar excesivamente en que las organizaciones sanitarias son cuantitativa y cualitativamente las principales empresas de las ciudades y comunidades autónomas donde están implantadas.

Ahora bien, un sector como el sanitario consume en España el 7.2% del PIB y en la mayoría de las comunidades autónomas entre el 30 y 35% de los presupuestos, y da trabajo al 7-8% de los trabajadores del país. Por tanto, es un sector que se debe tener en consideración como fuente de riqueza e inversiones y no sólo como generador de un gasto incontenible, como hasta ahora se contemplaba.

Tendencias internas organizativas

Aparecerán nuevas estructuras de atención sanitaria

Se tenderá a hospitalizar a los pacientes lo menos posible, y existirá una gradación de los hospitales en función de los cuidados que necesiten los pacientes. A título indicativo, y sin pretensiones de exhaustividad deberían existir al menos:

- Hospitales terciarios, universitarios, donde se concentre a los pacientes de alta complejidad: politraumatizados, trasplantes, cirugía compleja, etc.
- Hospitales intermedios: hospitales de drenaje de los hospitales terciarios, en los que se complete el tratamiento de dichos pacientes.
- Hospitales, hasta ahora definidos como comarcales en nuestra Ley General de Sanidad, para la atención de patologías

no complejas. Dado que un gran número de estas patologías se pueden tratar en régimen ambulatorio, ésta parece ser la orientación futura de estos hospitales.

- Hospitalización a domicilio, que no se debe confundir con la atención domiciliaria de los pacientes. En el primer caso es el hospital el que se responsabiliza de la atención del paciente en coordinación con la atención primaria. De hecho, es como si trasladáramos el hospital al domicilio de los pacientes.
- Hoteles de pacientes. Son hoteles próximos y asociados con el hospital donde los usuarios permanecen mientras tienen que ser tratados en el hospital, para no tener que hacer viajes ni permanecer hospitalizados sin necesidad.

Estos conceptos son más funcionales que estructurales, porque incluso en un mismo edificio pueden coexistir algunas de las estructuras mencionadas.

Todas estas consideraciones nos llevan a hospitales:

- Más diferenciados, como ya hemos visto: hospitales de hiperagudos, subagudos y crónicos.
- Con una menor estancia media, aunque esta disminución tendrá un límite, ya que al realizar en régimen ambulatorio muchos de los procesos que actualmente requieren el ingreso de los pacientes, los que exijan hospitalización serán más complejos, por lo que la estancia media tenderá a estabilizarse.
- Disminución del número de hospitales de agudos y aumento de los hospitales subagudos y crónicos.
- Concentración de la alta tecnología en hospitales terciarios y aumento del número de camas altamente dotadas de nuestros hospitales. En estos hospitales las camas equivalentes a las actuales camas de cuidados intensivos podrán llegar a representar un 20-25%.

Para el uso eficiente de las estructuras sanitarias deberá potenciarse la atención primaria dotándola de una capacidad resolutoria de la que actualmente carece, así como la creación de estructuras que permitan la atención de los pacientes lo más cerca posible de su entorno social, tales como: atención domiciliaria, residencias asistidas, centros de rehabilitación, residencias de día y otros, ya que aumentarán notablemente las patologías crónicas y la necesidad de atención sociosanitaria.

Para que estos cambios se puedan llevar a cabo se tendrá que producir simultáneamente la eclosión de la cultura de la salud pública: aumento de los programas de promoción y educación para la salud, cultura de los autocuidados y la desmedicalización, desarrollo de indicadores y políticas de atención a la salud.

Las medidas descritas anteriormente implican necesariamente un trasvase económico de los presupuestos asignado a la atención aguda, básicamente intrahospitalaria, a la atención primaria y a la atención sociosanitaria y social.

Aparecerán nuevas formas organizativas

Las organizaciones sanitarias dejarán de estar orientadas a los profesionales y a sus especialidades y necesidades para orien-

tarse hacia el paciente. La gestión clínica y la orientación hacia los procesos determinarán la estructura organizativa de las mismas.

Estas organizaciones deberán ser verdaderas organizaciones del conocimiento, que tengan como motor la formación de sus profesionales, con exigencia de resultados en calidad y coste.

El mayor activo de estas organizaciones serán sus profesionales, a los que, como se indicó en el capítulo dedicado a los recursos humanos, ya se les exigirá, entre otras cosas:

- Más flexibilidad.
- Mejor preparación técnica.
- Nuevas profesiones.
- Mayor preparación humana: gestor, comunicador.
- Trabajo en equipo.
- Mayor asunción de riesgos.

El trabajo en equipo, con profesionales de la organización y externos a ella, será la norma, así como la cooperación en redes de organizaciones y profesionales, públicas y privadas.

Lecturas recomendadas

10 Anys de Servei. Consorci Hospitalari del Parc Tauli, 1996.

Fuchs V R. *The future of Health Policy*. Harvard University Press, 1992.

Jolly D. *L'hospital au XXI siècle*. Paris, Economic, 1994.

Kaufman A E. *El poder de las organizaciones*. E.S.I.C. Editorial, 1993.

La innovación en la gestión hospitalaria: Implicaciones y experiencias. Informe 2003. Periscopios, Observatorio de la innovación en gestión hospitalaria.

La modernización de la sanidad pública en el mundo. Madrid, Arthur Andersen, 1997.

McKee M, Healy J. *Hospitals in a Changing Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, 2002.

Morre et al. *La sanidad en el tercer milenio*. Andersen Consulting, 1996.

Friedman MR. *Free to choose*. New York, Harcourt Brace Jovanovich, Inc., 1980.

Puig-Junoy J, Pérez Surt P. *Integración Vertical y Contratación externa, en los Servicios Generales de los Hospitales Españoles*. Centre de la Recerca en Economia y Salut (CRES). Fundació BBV. Documento de trabajo nº 6. 2003.

Recomendaciones del Comité Permanente de los Hospitales de la Unión Europea. Coimbra, Junio 1996.

Villalobos Hidalgo J. *El hospital del futuro*. La Vanguardia, 16 de julio de 1996.

Villalobos Hidalgo J. La Integración de la Información en Sanidad. Eje de la Equidad y de la Eficiencia. *Gestión Hospitalaria* 2003;14(1):5-9.

Villalobos Hidalgo J. La Necesaria Convergencia de Intereses. *Gestión Hospitalaria* 2004;15(2):70-5.

- A**
- Actividad sanitaria, medidas, 64
 - Administración (es)
 - autonómicas, 112
 - central del estado, 107
 - papel político, 108
 - AEMPS. *Véase* Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
 - Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 104, 107
 - Alimentación, 173
 - calidad, 174
 - Almacenamiento, 172
 - Análisis
 - de coste
 - beneficio (ACB), 28
 - efectividad (ACE), 30
 - minimización (AMC), 27
 - utilidad (ACU), 30
 - DAFO, 22
 - de decisión, 31
 - de sensibilidad, 34
 - Años de vida ajustados por calidad (AVAC), 30
 - Árbol de decisiones, 42
 - Área (s)
 - de admisión y gestión, 45
 - ambulatorias, 75, 81
 - de apoyo, 76
 - de atención sanitaria, 44
 - Básica de Salud (ABS), 58
 - de cirugía ambulatoria, 76
 - de consultas, 75
 - de control sanitario, 44
 - de docencia e investigación, 45
 - de hospitalización, 73
 - quirúrgica, 74
 - de salud, 38
 - gestión, 54
 - económica, 57
 - pública, 44
 - de servicios diagnósticos y terapéuticos, 74
 - Asistencia gestionada, 6, 7
 - Atención
 - a la familia, 88
 - farmacéutica, 99
 - en centros sociosanitarios, 115
 - interdisciplinar, 88
 - primaria, 16, 37
 - cartera de servicios, 56
 - centro
 - agentes de gasto, 48
 - de costes, 47
 - gestión económica, 47
 - equipos, 17, 38
 - actividades, 53
 - adjunto de enfermería, 46
 - concepto y composición, 43
 - coordinador, 46
 - costes, 53
 - estrategias, 53
 - funciones, 44
 - gestión, 45
 - clínica, 51
 - directa, 55
 - estructura, 46
 - núcleo básico, 43
 - personal de soporte, 43
 - responsable, 46
 - subdirector, 46
 - financiación, 40
 - estratégica, 41
 - normativa o política, 41
 - operativa, 42
 - táctica, 41
 - gerencia, 55
 - gestión, 37
 - de calidad, 59
 - indirecta, 58
 - integración en el Sistema Nacional de Salud, 38
 - planificación, 41
 - producto, determinación, 63
 - sanitaria basada en la evidencia (ASBE), 204
 - sociosanitaria, 83, 85
 - catalana, 94
 - en otras comunidades, 95
 - en España, 92
 - evaluación, 87
 - líneas estratégicas, 87
 - en el Ministerio de Sanidad y Consumo, 93
 - objetivos, 87
 - Autocuidados, 8
 - Automedicación responsable, 103
 - Ayudante Técnico Sanitario (ATS), 121

- B**
Benchmarking, 196
 Bienes públicos, 2
- C**
 Calidad, 9
 de alimentación, 174
 Centros de Salud, 60
 científico-técnica, 196
 concepto, 195
 gestión, 140 , 197
 en Atención Primaria, 59
 en INSALUD, 60
 en País Vasco, 61
 indicadores, 116
 modelo europeo de excelencia (EFQM), 61
 percibida, 196
 políticas de, 195
 de la prescripción, 116
 de procesos, 220
 promoción en el sector industrial (PPCSI), 61
 de vida profesional, 126
 Cambio demográfico, 9
 Carrera profesional
 desarrollo, 140
 de enfermería, 144
 del hospital Clínico de Barcelona, 142
 en nuestro sistema sanitario, 141
Case-mix, 166
 Casos-control, 31
 Centros
 de atención primaria, 47
 de coste, 164
 de salud (CS), 16, 38
 calidad, 60
Changing professional practice (CPP), 205
 Ciclo contable, 158
 CIE-9-MC, 166
 Circuito (s)
 administrativos de documentos, 156
 de gestión económico-presupuestaria, 156
 Colaboración Cochrane, 205
 Comisión (es)
 Abril Martorell, 54
 de farmacia, 115
 Compañías globales, 11
 Compras, 171
 Comunicaciones móviles, 214
- Contabilidad
 analítica, 162
 apertura, 159
 cierre, 159
 de costes, 162
 en centros sanitarios, 163
 financiera, conceptos básicos, 158
 presupuestaria, 153
 en los centros sanitarios, 154
 Continuidad asistencial, 8, 220
 Contrato
 Clínico asistencial, 56
 de gestión, 55
 programa, 56
 Control sanitario, 44
 Convergencia tecnológica, 8
 Copago, 6, 24, 100, 105
 Coste (s), 162
 de la actividad asistencial, 53
 análisis. *Véase* Análisis de coste
 de un centro de atención primaria, 47
 concepto, 47
 contabilidad, 162
 directos, 33, 47
 fijos, 47
 indirectos, 33, 47
 inducidos, 47
 intangibles, 33
 de materiales, 163
 medición, 33
 de personal, 163
 por procesos, gestión, 166
 de producto, 47, 163
 de sanidad, 221
 de servicio, 47, 163
 variables, 47
 Cuadro
 de cuentas, 161
 de mando, 65
 Cuentas anuales, 162
- D**
 Definiciones contables, 162
 Desarrollo contable del ejercicio, 159

- Diagrama
de flujo, 43
de Gantt, 43
- Dirección
financiera, 153
médica, 56
- Disponibilidad a pagar, 28
- Dispositivos micromecánicos y microelectrónicos (MEMS), 211
- Distribución, 173
- E**
- Ecografía, 210
- Economía de la salud, 10
- Elementos del bienestar, 11
- Empowerment*, 58
- Empresa (s)
colaboradoras, 20
del conocimiento, 8
- Enfermedad (es)
gestión de, 9
patrones de, 9
- Equipo (s)
biomédico, avances en, 210
para monitorización, 211
de telemedicina, 213
- Equivalentes farmacéuticos genéricos (EFG), 102
- E-salud, 214
perspectivas de futuro, 215
- Estadística de defunciones, 53
- Estado de bienestar, 97
- Estatuto Marco, 40, 122
convenios colectivos, 145
- Estrategias
de control, 115
de formación e información, 114
de participación, 113
de racionalización, 114
- Estructura (s)
asistenciales, 185
presupuestaria, 154
- Estudios
de morbilidad atendida, 52
de servicios de atención primaria, 52
- Evidencia científica
búsqueda, 202
clasificación, 203
integración, 203
presentación, 203
- revisión, 201
selección, 203
- F**
- Farmacovigilancia, 99, 107
- Farmaindustria, 98
- Fee-for-services*, 7
- Financiación, 13
de atención primaria, 40
privada, 2
pública, 2, 12
sanitaria, 39
selectiva de medicamentos, 108
- FORCEM, 144
- Formación
continua de los profesionales, 144
del programa MIR, 119
- Formas asistenciales, 10
- Fórmulas magistrales, 101, 104
- Fundación Puigvert, 142
- Fundholding*, 37
- G**
- Gasto
contención, 100
farmacéutico, 24, 51, 97, 109
componentes, 109
evolución, 109-111
generales, 163
en medicamentos, 97
problema, 99
medidas de contención, 24
per cápita, 2, 112
por receta, 97, 111
sanitario, 2, 23, 97
aumento, 23
en España, 13, 97
social, 97
- Gate-keeper*, 17
- Genoma humano, 8
- Gestión
del área de salud, 54
económica, 57
atención primaria, 37
calidad, 59
equipos, 45
clínica, 52, 53
estructura, 46

- indirecta, 58
- de calidad, 140
 - en INSALUD, 60
 - en País Vasco, 61
- centro de atención primaria, 47
- clínica, 220
- del conocimiento, 79, 82
- de costes por procesos, 166
- económico-presupuestaria, 156
- de enfermedades crónicas, 9
- escala
 - macro, 37
 - meso, 37
 - micro, 37
- estilos, 91
- de la formación, 144
- herramientas de, 23
- del hospital, 77
- indirecta, 55
- integral de servicios sanitarios, 23
- modelo, 91
- obras, 192
- de procesos, 206
- de recursos, 7
 - humanos, 117, 124
- del rendimiento, 133, 134
- de residuos sanitarios, 181
- de las retribuciones, 136
- sanitaria, 58
- del servicio, 184
- del vacío, 86
- Gobiernos
 - intervención en sanidad, 2
- Grupos relacionados con el diagnóstico (GRD), 167
- Guardias médicas, 139
- Guía (s)
 - de práctica clínica, 49, 204
 - valoración crítica (AGREE), 204
 - terapéutica de atención primaria basada en la evidencia, 114

H

- Historia (s)
 - clínica electrónica (HCE), 9, 65
 - aditivos, 9
 - de salud, 63
 - personales, 9
- Hospital (es), 71
 - cocina, 76

- comarcales, 223
- compras, 77
- concepto, 81
- de día, 76
- estructura organizativa, 72, 81
- externalización de servicios, 81
- facilitador, 72
- farmacia, 76
- financiación
 - privada, 81
 - sistemas, 81
- gestión, 77
- intermedios, 223
- lavandería, 77
- logística, 77
- obras, 186
 - contratación, 188
 - impacto, 188
 - preparación, 189
 - prevención de riesgos, 189
- planificación funcional, 77
- prestador de servicios, 72
- públicos, 76
- tendencias de futuro, 80
- terciarios, 223
- Hospitalización, 28
 - áreas, 73
 - domiciliaria, 73, 223
 - unidades, 73
- Hostelería, 173
- Hoteles de pacientes, 223

I

- Incentivos, 136
- Industria farmacéutica, 106
- Informe
 - Abril Martorell, 119, 220
 - Vilardell, 99
- Inputs*, 27
- INSALUD, 38
 - gestión de calidad, 60
- Instalaciones
 - agua sanitaria, 180
 - aire acondicionado, 180
 - combustibles, 180
 - descripción, 179
 - detección y extinción de incendios, 180

- eléctrica
 - de alta tensión (AT), 179
 - de baja tensión (BT), 179
- de frío, 179
- gases medicinales, 180
- ingeniería, 181
- mantenimiento, 180
 - conductivo, 181
 - correctivo, 180
 - preventivo, 180
 - técnico-legal, 181
- seguridad, 181
- Institute
 - for the Future*, 9
 - of Medicine*, 9
- Inteligencia ambiental (AmI), 215
- Investigación
 - y desarrollo (I+D), 98
 - de resultados en salud (IRYSS), 205
- J**
- Jerarquía de necesidades, 125
- L**
- Laboratorios, 74
- Lavandería, 175
- Ley
 - de Cohesión y Calidad, 23
 - General de Sanidad, 38, 122
- Ligue table*, 32
- Listas de espera, 6
- Logística, 171
- M**
- Marco político, 23
- Marketing*, 98
- Matriz REDER, 198
- Medicaid, 7
- Medicamento (s)
 - la cadena del, 106
 - calidad, 101
 - clases, 101
 - concepto, 101
 - dispensación, 103, 105
 - distribución mayorista, 106
 - eficacia, 101
 - terapéutica relativa, 108
 - especiales, 102
 - excluidos de la oferta pública (EX0), 102
 - ficha técnica, 101
 - financiación selectiva, 108
 - gasto, 97
 - genéricos, 102
 - huérfanos (MH), 103
 - identificación, 101
 - información, 101
 - sin interés comercial, 103
 - en investigación, 103
 - legalmente reconocidos, 101
 - prescripción, 103
 - problemas relacionados con (PRM), 99
 - prospecto, 101
 - publicitarios, 102
 - reacciones adversas a (RAM), 99
 - sin receta, 102
 - requisitos, 101
 - sector del, 97
 - seguridad, 98, 101
 - sujetos a prescripción médica, 103
 - trazabilidad, 107
- Medicare, 7
- Medicina
 - basada en la evidencia (MBE), 196, 200
 - experiencias, 204
 - molecular, 8
- Médico (s), 119
 - de familia, 48
 - prescriptor, 99
 - retribución, 140
- Mercados de salud, deficiencias, 2
- Método (s)
 - de necesidades de salud, 41
 - de objetivos de prestaciones, 41
 - de la razón recursos/población, 42
 - de utilización de servicios, 42
- Minimización de costes, 27
- MIR, 119
- Modelo (s)
 - administrativo, 91
 - de asistencia gestionada, 37
 - asistencial, 16
 - biomédico, 10
 - de demandas de la población, 91
 - desarrollo, 91
 - EFQM de excelencia, 61, 65, 197
 - contenidos, 199
 - estructura, 197

- gerenciales, 55
 - de gestión, 91
 - integrados de atención, 8
 - proactivo, 91
 - reactivo, 91
 - de seguridad social, 37
 - sociosanitario catalán, 94
 - Monitorización remota, 9
 - Moral hazard*, 6
 - Mutualismo administrativo, 20
 - Mutuas de accidentes de trabajo, 21
- N**
- National Health Service* británico, 12
 - National Institute for Clinical Excellence, 32
 - Necesidad
 - administrativa, 92
 - concepto, 92
 - cubierta, 92
 - diagnóstica, 92
 - Nivel de salud conjunto, 5
 - Norma DICOM, 210
 - Nuevos consumidores, 10
- O**
- Oficinas
 - de farmacia, 105, 106
 - panamericana de salud (OPS), 205
 - OMS, 5
 - Europa-HEN, 205
 - Organización (es)
 - sanitarias, 224
 - personal, 119
 - potencialidades para el cambio, 148
 - públicas, 117
 - del sistema sanitario, 219
- P**
- Pago
 - por acto, 139
 - por cartillas, 139
 - por *performance*, 9
 - por servicios, 7
 - Personal
 - de enfermería, 121
 - no sanitario, 121
 - sanitario, 119
 - Personificación jurídica, 55
 - Plan (es)
 - de calidad, 41
 - económico de la Hacienda Pública, 153
 - estratégico de política farmacéutica, 100
 - General de Contabilidad (PGC), 160
 - de salud prepagados (HMO), 37
 - Planificación
 - en atención primaria, 41
 - estratégica, 41
 - normativa o política, 41
 - operativa, 42
 - táctica, 41
 - de recursos humanos, 126
 - Plantillas, cálculo, 126, 127
 - Población
 - cambios demográficos, 221
 - crecimiento, 97
 - envejecimiento, 97
 - Política (s)
 - de calidad, 195
 - estrategias en el desarrollo, 196
 - farmacéutica, 100
 - Precio cero, 6
 - Preparados oficiales, 104
 - Prescripción
 - calidad, 116
 - de medicamentos, 103
 - por principio activo, 114
 - Prestación
 - farmacéutica, 97
 - del Sistema Nacional de Salud, 99, 104
 - por medios
 - concertados, 18
 - propios, 18
 - de servicios
 - cambios, 10
 - nuevas formas, 24
 - Presupuesto, 47
 - características, 153
 - marco general, 154
 - significado, 153
 - Principios
 - de no compensación, 161
 - contables, 160
 - de correlación de ingresos y gastos, 161
 - de devengo, 161
 - de empresa, 161
 - de importancia relativa, 161

- de precio de adquisición, 161
- de prudencia, 161
- de registro, 161
- de uniformidad, 161
- Privatización, 23
- Proceso (s)
 - asistencial, 62, 81
 - de autoevaluación, 200
 - calidad, 220
 - diseño, 206
 - gestión de, 206
 - identificación, 206
 - intermedios, 64
 - selección, 206
- Productividad variable, 139
- Producto (s)
 - excluidos, 104
 - frontera, 101
 - hospitalario, 72, 81
 - incluidos, 104
 - sanitarios, 101, 104
- Profesionales
 - competencia, 132
 - preselección, 130
 - reclutamiento, 130
 - selección, 129
- Program evaluation and review technique (PERT)*, 43
- Programa (s)
 - de acogida, 90
 - de alta, 90
 - de apoyo, 90
 - de *disease management*, 9
 - EMCA, 60
 - ibérico de formación en garantía de calidad, 60
 - públicos, 7
 - de salud, 41
 - de veteranos, 7
 - Vida als Anys, 94
- Protocolo clínico, 49
- Proveedores, contratación selectiva, 7
- Provisión
 - privada, 2
 - pública, 2, 12
- Provisores, 7
- Proyecto (s)
 - actualización, 191
 - contratación, 187
 - definición estratégica, 185
 - obras hospitalarias, 186
 - organización, 186
 - planificación funcional, 186
 - revisión, 191
- Puestos de trabajo
 - descripción, 129
 - diseño, 129
 - especialización, 130
- R**
- Receta
 - electrónica, 113
 - gasto medio, 97
 - oficial del Servicio Nacional de Salud, 105
- Recursos
 - control y gestión, 7
 - humanos, 149
 - gestión, 117, 124
 - planificación, 126
 - productividad, 64
- Red (es)
 - de investigación, 205
 - PACS, 210
 - sociosanitaria, 90
- Reformas sanitarias, 3
 - sector
 - privado, 24
 - público, 24
 - temas integradores, 7
- Regularización de las cuentas, 159
- Relación (es)
 - contables, 162
 - médico/paciente, 3
- Rendimiento
 - evaluación, 133
 - gestión, 133, 134
 - medición y errores, 134
 - recompensas, 135
- Residuos sanitarios
 - almacenamiento temporal, 183
 - clasificación, 181
 - envasado, 182
 - generación, 181
 - gestión, 181
 - líquidos, 182
 - minimización, 181
 - precauciones, 183
 - transporte, 182

- Resonancia magnética (RM), 210
- Responsiveness*, 5
- Retribuciones
 - difusión pública, 139
 - elitistas, 137
 - evaluación, 138
 - fijas, 137
 - en función del puesto, 137
 - gestión, 136
 - indirectas, 136
 - ligadas a resultados, 140
 - de los médicos, 140
 - en el sistema sanitario, 139
 - variables, 137
- Riesgo moral, 6
- S**
- Salario, 136
- Salud
 - determinantes no médicos, 17
 - encuestas, 52
 - gastos, 2
 - indicadores, 12
 - mantenimiento, 219
 - necesidades en la población, 52
 - nivel, 5
 - pública, 7
- Sanidad
 - evaluación económica, 27
 - funciones, 2
 - compra, 2
 - financiación, 2
 - planificación, 2
 - provisión, 2
 - regulación, 2
 - intervención de los gobiernos, 2
- Sector
 - privado, 12
 - alternativo, 13
 - complementario, 13
 - provisor, 20
 - sustitutivo, 13
 - público, 12
 - salud, 1
 - sanitario
 - actividad *core*, 24
 - en España, tendencias, 23
 - megatendencias, 8
- Seguro
 - de prestación de servicios médicos, 21
 - de reembolso de gastos, 21
- Servicio (s)
 - Andaluz de Salud, 62
 - asistenciales especializados, 72
 - centrales, 73
 - de diagnóstico por imagen, 74
 - explotación, 184
 - de farmacia hospitalaria, 105
 - generales, 171
 - externalización, 183
 - gerenciales, 73
 - gestión, 184
 - Nacional de Salud, 5, 12
 - prestación, 9, 21, 184
 - de Salud del País Vasco (Osakidetza), 143
 - sanitarios
 - demanda, 221
 - gestión integral, 23
 - sociosanitarios, 84
 - Vasco de Salud, 61
- Sistema (s)
 - americano, 6
 - atención primaria, 38
 - de automatización total de laboratorios (TLA), 211
 - de captación y transmisión de imágenes, 213
 - centrados en los pacientes, 8
 - español de farmacovigilancia, 107
 - de información, 24
 - en atención primaria, 62
 - hospitalario (HIS), 211
 - de laboratorio (LIS), 211
 - sanitaria, 63, 65
 - integrados, 13
 - de laboratorio, 211
 - Nacional de Salud, 97
 - fuerzas
 - centrífugas, 19
 - centrípetas, 19
 - perspectivas, 18
 - prestaciones, 13
 - farmacéutica, 99
 - multihospitalarios, 80, 82
 - de precios de referencia (SPR), 108
 - público, 20
 - de salud, 5
 - de acceso universal, 6

- públicos, 5, 7
 - sanitario (s), 1, 8
 - basados en seguros sociales, 5
 - descentralización, 7, 13
 - español, 12
 - análisis DAFO, 22
 - atributos generales, 12
 - características, 12
 - componentes, 17
 - financiación, 12, 13
 - provisión pública, 12
 - recursos, 14
 - sector público, 18
 - tipología general, 12
 - en Europa, 5
 - el mercado, 7
 - papel del Estado, 7
 - performance*, 5
 - posiciones básicas, 3
 - público
 - acción sindical, 146
 - organización del trabajo, 147
 - promoción y desarrollo profesional, 147
 - salarios, 147
 - valores, 54
 - y sector salud, 1
 - tecnologías, 8
 - tipología, 4
 - de telemedicina, 213
 - de telemetría, 211
 - con videoconferencia, 214
 - Software*, 9
 - Sostenibilidad, 6
 - Supuesto contable, 159
- T**
- Tecnología (s)
 - de etiquetas electrónicas (RFID), 211
 - de la imagen, 210
 - de la información y comunicación (TIC), 43, 65, 209, 221
 - médicas, 9, 221
 - nuevas, 114
 - sanitarias, 209, 216
 - evaluación, 205
 - sistema sanitario, 8
 - Teleconsulta primaria-especializada, 212
 - Telemedicina, 212
 - equipos y sistemas, 213
 - Telemonitorización domiciliaria, 213
 - Tendencias
 - económicas, 222
 - internas organizativas, 223
 - políticas, 221
 - sociales, 219
 - Terminales PC, 213
 - Tomografía
 - axial computadorizada (TC), 210
 - por emisión de
 - fotón único (SPECT), 210
 - positrones (PET), 210
- U**
- Unión Europea (UE), 97
 - Urgencias, 75
- V**
- Valoración de méritos y actitud (VAMA), 142
- W**
- Wellness*, 11
 - Willingness to pay*, 28
- Z**
- Zonas básicas de salud (ZBS), 38, 46

