
Futuro del sistema sanitario público del Principado de Asturias

Compromiso con un saludable futuro

Francisco Javier Elola Somoza



Consejo Económico y Social del Principado de Asturias
Colección de estudios
Número 10

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento (ya sea gráfico, electrónico, óptico, químico, mecánico, fotocopia, etc.) y el almacenamiento o transmisión de sus contenidos en soportes magnéticos, sonoros, visuales o de cualquier otro tipo sin permiso expreso del editor.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en las publicaciones editadas por el CES incumbe exclusivamente a sus autores y su publicación no significa que el Consejo se identifique con las mismas.

Edita: Consejo Económico y Social del Principado de Asturias, 2010
Plaza de la Paz 9, 1º
33006 Oviedo (Asturias)
Teléfono: 98 527 07 15 - Fax: 98 523 78 13

<http://www.cesasturias.es>
e-mail: correo@cesasturias.es

Depósito legal: AS-2.210-2010
ISBN: 978-84-693-0020-E

Patrocina: Cajastur
Imprime: Gráficas Summa, S.A. (Polígono industrial de Silvota, Llanera-Asturias)
Diseño y maquetación: Consejo Económico y Social del Principado de Asturias

Futuro del sistema sanitario público del Principado de Asturias

Compromiso con un saludable futuro

CES

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Agradecimientos y descargo de responsabilidad

Quiero agradecer a Nicolás Álvarez, Presidente del Consejo Económico y Social del Principado de Asturias (CES-PA), la confianza que me ha otorgado el CES encargándome la elaboración de este informe, así como por su apoyo, colaboración y afecto personal. Este agradecimiento es obligado hacerlo extensivo a todo el CES-PA y especialmente a Mar Celemín, Secretaria de Acción Sindical de la UGT; Alberto González, Secretario General de la FADE; Jesús Morales, Gabinete de la UGT; Ignacio Quintana, Secretario de Política Social de CC.OO.; Marisa Ponga Martos, Fundación Tripartita para la Formación en el Empleo; y Andrés Treceno, Asesor de la UGT, miembros de la Comisión Permanente, así como a los miembros del staff del CES: José Luis Gallego, Secretario General; Carmen Alcobendas, Gabinete; Aída Fernández Díaz, Jefa del Área Económica; Ana López-Contreras Martínez, Jefa del Área Jurídica; y Begoña López, Socióloga.

Para elaborar este informe he solicitado la opinión de personas relevantes relacionadas con la sanidad del Principado de Asturias y muchas de ellas han tenido la amabilidad de responder a un cuestionario, mantener entrevistas y/o darme su opinión sobre distintos aspectos del informe. Por ello, mi especial agradecimiento a:

- Nicolás Álvarez, Presidente del CES-PA.
- Elena Arias, Directora Gerente del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
- José Luis Bernal, Director Técnico de EC Consultoría y Gestión en Sanidad.
- Martín Caicoya, Jefe del Servicio de Prevención del Hospital Monte Naranco.
- Manuel Cores, Director de Recursos Humanos y Financieros del SESPA.
- Antonio Cueto, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Oviedo. Ex-Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del PA.
- M^a Antonia Fernández Felgueroso, Procuradora General del Principado de Asturias.
- Alberto González, Secretario General de la Federación Asturiana de Empresarios (FADE).
- Mario González, Gerente del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).
- Vicente Herranz, Gerente del Hospital Monte Naranco.
- José Luis Pablos, Profesor Titular. Departamento de Administración Empresas y Contabilidad Escuela Universitaria Jovellanos Laboral, "Ciudad de la Cultura".
- José Ramón Quirós, Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del PA.
- Jaime Rabanal, Consejero de Economía y Hacienda del PA.
- Justo Rodríguez, Secretario General de UGT en Asturias.
- José Luis Rodríguez-Vigil, Consejero de Estado del PA. Ex-Presidente y Ex-Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del PA.

- Francisco Sevilla, Representante Permanente del Ministerio de Sanidad y Política Social ante la Comisión Europea. Ex-Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del PA.
- Carlos Suárez Nieto, Catedrático de Universidad vinculado de Otorrinolaringología Departamento de Cirugía y Especialidades Médico-Quirúrgicas. Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo.

Durante el transcurso de mi actividad, tanto en la administración pública como en el ámbito empresarial, he tenido numerosas ocasiones de colaborar y trabajar para el Principado de Asturias desde que, en 1989, como Jefe de Gabinete del Presidente Ejecutivo del INSALUD (por entonces, Eduardo Arrojo), colaboré activamente en la elaboración del convenio de integración de los Hospitales General de Asturias y Nuestra Señora de Covadonga. Durante estos veinte años he tenido la ocasión de conversar y trabajar con numerosos profesionales asistenciales, funcionarios, gestores y responsables políticos de la sanidad asturiana. En la inmensa mayoría de estos profesionales he encontrado un excelente nivel y un notable compromiso con la sanidad pública, habiendo sido una fuente de inspiración fundamental para elaborar este informe. Espero y deseo que el buen hacer y el compromiso de esta mayoría de profesionales —el más importante capital del que dispone la sanidad pública en Asturias— permita abordar los formidables retos a los que se enfrenta la sanidad asturiana (no muy distintos a los del resto del Sistema Nacional de Salud), fomentar el debate riguroso sobre los mismos e impulsar los cambios necesarios.

El CES-PA me ha permitido trabajar con entera libertad, siendo los análisis y propuestas contenidas en este informe de mi responsabilidad exclusiva, sin que reflejen o comprometan la opinión del CES-PA, sus integrantes, al gobierno del PA o cualquiera de las personas que han sido encuestadas o que me han dado su opinión y consejos sobre borradores previos de este informe.

Por último, quisiera trasladar un ruego a los miembros del CES-PA, primeros destinatarios de este informe y, a través del CES, al conjunto de agentes sociales, sanitarios y políticos del PA: que centren al debate —si es que éste se produce— en primer lugar sobre el análisis de situación más que en las medidas a implantar. Es preciso —por las razones que se exponen en el informe— un debate sobre el Sistema Nacional de Salud, que frecuentemente se desvirtúa en la polémica sobre las medidas. Sin embargo, para prescribir un tratamiento adecuado es necesario, primero, llegar a un diagnóstico correcto. La reunión mantenida el 28.10.09 con los miembros de la Comisión Permanente del CES-PA reveló un acuerdo unánime sobre la necesidad del debate, así como la voluntad de las distintas partes para llegar a acuerdos para la mejora y sostenibilidad de la sanidad pública asturiana, por lo que se pueden tener —sin pecar de optimismo— expectativas razonables sobre la posibilidad de generar un debate constructivo.

ÍNDICE

PRÓLOGO	11
INTRODUCCIÓN GENERAL	17
PRIMERA PARTE. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN	31
Capítulo 1. Antecedentes	33
1.1 La sanidad asturiana y española antes de la Ley General de Sanidad de 1986	34
1.1.1 El mosaico de la sanidad pública española previo a la Ley General de Sanidad	34
1.1.2 La asistencia sanitaria en los Acuerdos de la Moncloa	37
1.1.3 La incidencia de la modernización de la medicina española en el proceso de reforma	38
1.1.4 La sanidad asturiana antes de la Ley General de Sanidad	40
1.2 El impulso de los 80. Reforma y crisis. Desarrollo de servicios y mapa sanitario de Asturias	41
1.2.1 1982 a 1986. Ley General de Sanidad	42
1.2.2 1986-1991. Crisis de la reforma	45
1.2.3 La sanidad asturiana en los 80. Mapa sanitario y expansión de servicios	47
1.3 La sanidad en los años 90. Fracaso de los intentos reformistas y establecimiento de los pilares del sistema sanitario público de Asturias	48
1.3.1 Los intentos reformistas de la última etapa de gobiernos socialistas en la Administración Central del Estado (1991-1996)	48
1.3.2 Las políticas sanitarias del PP en la Administración Central del Estado (1996-2002)	52
1.3.3 El sistema sanitario público de Asturias inmediatamente antes de la transferencia del INSALUD	55
1.4 2002. Transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social al Gobierno del Principado de Asturias	56
1.4.1 Situación de los servicios inmediatamente antes de su transferencia	56
1.4.2 Centrifugación del SNS (2002)	59
1.4.3 Expectativas en relación con la transferencia del INSALUD al Principado de Asturias	60

Capítulo 2. Evolución y tendencias	65
2.1 El Sistema Nacional de Salud desde 2002 a la actualidad	66
2.1.1 Aseguramiento público en España	67
2.1.2 Financiación y gasto del Sistema Nacional de Salud	69
2.1.3 Legitimación social del Sistema Nacional de Salud	74
2.1.4 Indicadores indirectos de eficiencia	75
2.1.5 Modificaciones del marco normativo del Sistema Nacional de Salud	75
2.1.6 El camino recorrido por el Sistema Nacional de Salud desde 2002. ¿Conduce adonde se quiere llegar?	84
2.2 Evolución del sistema sanitario público asturiano desde 2002	86
2.2.1 Aseguramiento público en Asturias	86
2.2.2 Financiación y gasto sanitario público en Asturias	87
2.2.3 Legitimación social del sistema sanitario público asturiano	89
2.2.4 Utilización de servicios	90
2.2.5 Eficiencia y productividad	90
2.3 Organización y funcionamiento de los Servicios Nacionales de Salud en los países de la Unión Europea. Analogías y diferencias con la relación entre SESPA y Sistema Nacional de Salud	94
2.3.1 Tipología de los sistemas sanitarios	95
2.3.2 Indicadores comparados entre países de la Unión Europea con “servicios nacionales de salud”	96
2.3.3 Tendencias organizativas y de gestión en los servicios nacionales de salud ..	101
2.4 Sistema Nacional de Salud y Unión Europea	114
Capítulo 3. El sistema sanitario público asturiano en la actualidad	119
3.1 El cuadro que resulta del análisis realizado	119
3.1.1 Situación actual del Sistema Nacional de Salud	121
3.1.2 Situación actual del sistema sanitario público asturiano	123
3.2 Otros aspectos relevantes sobre la organización y gestión de la sanidad pública asturiana	125
3.2.1 Inexistencia de una red integrada de servicios	125
3.2.2 La profundización de la administración burocrática en la gestión del sistema sanitario	132
3.2.3 La relevancia (y obsolescencia del concepto) de los “hospitales de referencia”. El Nuevo Hospital Universitario Central de Asturias	136
3.2.4 La introducción de las TIC sin acompañarse de una reingeniería de procesos de gestión clínica	146
3.2.5 El Mapa Sanitario del Principado de Asturias	148
3.2.6 Diferenciación de funciones dentro de la organización del sistema sanitario	

público asturiano (el SESPA como “ente de derecho público”)	152
3.2.7 Otros aspectos relevantes sobre la organización y gestión de la sanidad pública asturiana. Resumen	153
3.3 El sistema sanitario público asturiano en la economía regional	154
SEGUNDA PARTE. EL FUTURO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ASTURIAS	161
Capítulo 4. Visión de futuro	165
4.1 Visión del SESPA en un escenario a medio plazo	165
4.1.1 Análisis DAFO	165
4.1.2 El sistema sanitario que quieren los ciudadanos	169
4.1.3 Un mapa para orientar la implantación de los cambios necesarios	172
4.2 Factores clave de futuro del sistema sanitario	173
4.2.1 El entorno económico	174
4.2.2 El factor demográfico	176
4.2.3 Expectativas de los ciudadanos	177
4.2.4 El factor tecnológico	178
4.2.5 El cambio de modelo sanitario	184
4.2.6 El factor humano	190
4.2.7 El cambio organizativo	194
4.2.8 La colaboración público-privada	195
4.2.9 La existencia de un Sistema Nacional de salud cohesionado	196
4.3 Escenarios de futuro	196
4.4 Visión de futuro del SESPA. Resumen	200
Capítulo 5. Acciones propuestas para alcanzar el escenario más favorable	203
Abreviaturas	219
Referencias	223

PROLOGO. EL FUTURO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ASTURIAS

El informe que tenemos entre manos y tengo el honor de introducirles, parte de dos premisas que pueden ser ampliamente compartidas, y un método de trabajo que debería ser el habitual aunque precise ser constantemente recordado en nuestra sociedad.

El sistema sanitario asturiano, que garantiza atención sanitaria a todos los ciudadanos en el Principado, es público y el acuerdo social es que siga siendo público, y es un sistema que, dependiendo políticamente en su organización y gestión de las Instituciones del Principado, es indisoluble en su realidad actual y en su futuro del Sistema Nacional de Salud. Un sistema público, incardinado en el sistema sanitario de todos los españoles, son las dos premisas de las que parte el documento y seguro que muy pocos lectores discutirán que son los elementos imprescindibles de partida para un acuerdo que pretenda una atención sanitaria cada vez de mayor calidad y más eficiente.

El debate sobre las acciones necesarias para mejorar en sanidad, pero también en todos los sistemas de protección social, muchas veces se polariza en aspectos que artificialmente se aducen como argumentos de fuerza: bien sea la identificación de las propuestas de reforma como una propuesta de privatización de los servicios o la oscilación brusca desde una independencia absoluta en la toma de decisiones a una subordinación extrema a las políticas nacionales. También debería ser sencillo consensuar que el planteamiento de estos estereotipos suele conducir a una simple huida que pretende evitar el debate de las ideas.

El informe de Javier Elola para el Consejo Económico y Social, para evitar lo anterior, plantea como método de trabajo el diálogo, el contraste de ideas, el análisis de la situación actual, la búsqueda de un diagnóstico y el establecimiento de objetivos. Todo ello con el propósito de alcanzar un mínimo común compartido que permita establecer las acciones necesarias para avanzar y dotarse de los instrumentos necesarios para ello. Si la necesidad sentida es que la sanidad asturiana debe ser cada vez mejor, no tengo ninguna duda de que si este informe consigue sus objetivos principales, el debate de ideas y dar argumentos para pasar a la acción con las propuestas que surjan, habrá hecho una gran contribución a la sociedad asturiana.

Javier Elola ha realizado un estudio exhaustivo y demuestra que conoce la realidad asturiana y los sistemas sanitarios. A ello une el rigor que siempre le ha caracterizado. Me adelanto a señalar que Javier y yo somos amigos desde que coincidimos en 1978 haciendo la residencia en la Fundación Jiménez Díaz, y desde entonces hemos compartido trabajos, hemos discrepado y fundamentalmente nos hemos aprovechado mutuamente poniendo encima de la mesa nuestros acuerdos y desacuerdos.

El informe se enriquece de la solvencia intelectual de su autor pero tiene algo aún más importante para mí al incorporar el acuerdo del Consejo Económico y Social del Principado y de las organizaciones que lo integran, de afrontar un debate riguroso del sistema sanitario en el Principado. Cuando Nicolás Álvarez me solicitó presentar este trabajo solo pude demostrarle mi reconocimiento por el reto que se han planteado y mi agradecimiento por haber reparado en mí, tan lejos en estos momentos de lo que pasa en Asturias, para introducir este documento. No tengo ninguna duda, Nicolás me conoce bien, que cuando me lo pedía no buscaba solo una introducción aséptica, por eso permítanme que reflexione en relación a tres aspectos de los múltiples que este magnífico informe plantea para el debate a la sociedad asturiana.

Financiación y sostenibilidad, palabra esta última muy manida y a veces con significados diferentes. Para mí la sostenibilidad del sistema sanitario pasa por que responda a las necesidades de sus usuarios y éstos lo perciban como SU sistema, por el compromiso e implicación de los profesionales con SU sistema, y por la capacidad de ajustar el gasto a la financiación disponible para que se desarrolle de forma armónica con el resto de políticas públicas. Para otros, la sostenibilidad del sistema es fundamentalmente un problema de financiación derivado de que la sanidad asturiana, al igual que la española, no recibe los dineros que necesita.

Seguro que nadie discute que la sanidad, tradicionalmente y más aún en estos momentos de crisis económica, tiene un grave problema de financiación y previsiblemente será necesario aportar más recursos económicos. El debate, sin embargo, no debería resolverse sólo aportando mayor financiación como ya se ha hecho en otras múltiples ocasiones. ¿Puede crecer el gasto sanitario indefinidamente?, cuando se alcance el techo que se plantee, ¿volveremos a subirlo? o ¿empezaremos a pensar que hay que hacer otras cosas?

Una mayor financiación sanitaria implica obtener más recursos reorientando las políticas públicas o incrementando la carga impositiva o probablemente ambas cosas. Siempre queda el recurso fácil de echar la culpa al Gobierno. Fácil sí, pero probablemente poco inteligente y aún menos útil en un momento en que gobiernos autonómicos de todos los colores se enfrentan a problemas simi-

lares y el análisis de los datos muestra que el Principado tiene credibilidad para afrontar los retos pendientes.

Javier Elola en su informe presenta múltiples elementos para el análisis, da claves para el diagnóstico y propone sus alternativas de acción. Lo importante, sin embargo, es que es capaz de aportar a la sociedad asturiana, a los agentes sociales, a los partidos políticos y fundamentalmente a los responsables de las políticas públicas, elementos suficientes para decidir lo que ellos consideren mas adecuado y... asumir las consecuencias.

Paciente y atención sanitaria. Probablemente sea una de las claves del informe. No hay debate en el sector sanitario que no plantee la necesidad de dar mayor capacidad a los pacientes en su relación con los servicios sanitarios, que no realce la necesidad de dotar de transparencia al sector y permitir tener pacientes mejor informados sobre sus opciones, o que no enfatice la imprescindible necesidad de que el sector sea capaz de responder a las cada vez más exigentes expectativas de los ciudadanos en relación con su salud y el servicio que reciben. Sin embargo, es menos frecuente llamar la atención de una forma tan atractiva como Javier Elola lo plantea, sobre la necesidad de “reconvertir” (lógicamente él es mucho más prudente) el sector porque las necesidades de los pacientes han cambiado profundamente: no podemos permitirnos afrontar la protección de la salud en el Siglo XXI con patrones útiles para la realidad de mediados del Siglo pasado.

Los cambios en la morbimortalidad y el desarrollo tecnológico condicionaron una transformación radical en la atención sanitaria desde finales del Siglo XIX, que culminó con la creación de los hospitales de agudos altamente especializados que han sido el referente científico en la segunda mitad del Siglo XX. La masificación de los hospitales y la necesidad de abordar la protección de la salud de una manera integral y más eficiente, estuvieron en la base del desarrollo de la Atención Primaria moderna, una de las características claves de nuestro Sistema Nacional de Salud y para muchos un elemento que explica muchas de las bondades del sistema.

Los hospitales de agudos y la atención primaria seguirán siendo elementos angulares en el funcionamiento del sistema sanitario en el Siglo XXI. Sin embargo, ya no podrán ser compartimentos estancos, aislados unos de otros. La cronicidad de la enfermedad, incluso en aquellos casos más severos que hasta hace poco tenían un curso agudo, unido a la complejidad y diversidad de la atención muy vinculada a los avances en el conocimiento y al desarrollo tecnológico, diagnóstico, terapéutico y con especial trascendencia en la capacidad de interrelacionar, posibilitan, en una sociedad como la nuestra que un porcentaje de los pacientes tenga que ser atendido por necesidades diferentes y con respuestas heterogéneas en la mayoría de las ocasiones, durante largos periodos de

tiempo, constituyéndose en un componente cuantitativo de gran importancia en la carga asistencial de los sistemas sanitarios.

En el Siglo XXI ya no será tolerable, por ejemplo, que una mujer con cáncer de mama o un ciudadano con un infarto agudo de miocardio puedan tener pronósticos diferentes en calidad y cantidad de vida en función del lugar en que en primera instancia hayan sido atendidos, ni tampoco que los cuidados en enfermos con procesos incapacitantes no estén perfectamente sincronizados en el hospital, en el centro de salud o en su domicilio.

Javier Elola en su informe presenta múltiples datos para el análisis y propone sus alternativas de acción, pero lo más importante es su diagnóstico, que comparto, de la obsolescencia de nuestra organización actual para las demandas que ya nos plantean los ciudadanos y las posibilidades que nos ofrecen el conocimiento, la experiencia y la tecnología para dar la respuesta adecuada.

Personal. Probablemente haya pocas materias en nuestro Sistema Nacional de Salud que generen tanto consenso como el diagnóstico en relación con la política de personal; bueno, probablemente aún tenga más consenso la asunción compartida de que es "inabordable cualquier cambio en materia de personal".

La interrelación del sistema asturiano con el SNS en ninguna otra política se hace más evidente que en la política de personal y para mí no hay ninguna duda que éste debería ser uno de los ejes de un posible pacto de estado sanitario. No será posible una nueva política de personal si no hay un consenso político a nivel estatal sobre la necesidad de abordarla para poder adaptarla a las exigencias de un sector tan dinámico y exigente como es el sector sanitario.

El informe de Javier Elola para el Consejo Económico y Social, partiendo de esta realidad, tiene la habilidad de plantear lo que sí es posible hacer desde Asturias para el personal sanitario que desarrolla su función en el Principado. Ahora, compete a las instituciones y agentes sociales poner las bases para un diálogo fructífero.

Los profesionales sanitarios sufren años de precariedad laboral antes de alcanzar un puesto estable, ¿es necesario? Los métodos de selección vigentes, ¿identifican realmente las personas más idóneas para la función a desarrollar? La estabilidad en el puesto de trabajo, ¿es incompatible con la movilidad? La política retributiva, ¿debe ser igualitaria o tener capacidad de discriminar e incentivar? ¿La única vinculación laboral posible es la dedicación a tiempo completo en un sector en el que un gran número de profesionales se beneficiarían personal y profesionalmente de dedicaciones par-

ciales estables? La formación de los profesionales de la salud, ¿debe adaptarse a los nuevos paradigmas de la atención sanitaria y los previsibles retos del Siglo XXI, o por el contrario es suficiente con introducir modificaciones curriculares marginales?

Éstos son algunos de los temas de reflexión que el informe que tienen entre manos les van a sugerir. El futuro del sistema sanitario asturiano está ahora en la capacidad de generar una dinámica de debate y análisis que obligue a los agentes del sector, gobierno, profesionales y agentes sociales sectoriales a tomar las iniciativas necesarias para adaptarse a un futuro que ya está aquí.

Francisco Sevilla Pérez
Ex-Consejero de Sanidad y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias
Consejero Sanidad Representación Permanente de España EU

INTRODUCCIÓN GENERAL

Objetivos, alcance y plan de trabajo

Asturias ha experimentado en los últimos 25 años (desde la aprobación de la Ley General de Sanidad —1986—) profundos cambios demográficos, sociales y culturales que tienen una notable incidencia sobre las necesidades y demandas de servicios sanitarios. En 2002 el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) incorpora a su gestión los servicios transferidos del antiguo INSALUD, pasando la sanidad pública a ser el componente de gasto más importante en los presupuestos del Principado de Asturias y siendo el mayor empleador directo del Principado. El SESPA tiene, por tanto, una notable incidencia, directa e indirecta, económica y social sobre la Comunidad Autónoma.

Siguiendo las tendencias del conjunto del Sistema Nacional de Salud, el SESPA ha mantenido una notable expansión en dotación de recursos y actividad, con tasas de crecimiento del gasto efectivo significativamente más altas que las del crecimiento del PIB de Asturias. Por el contrario —como en la práctica generalidad del Sistema Nacional de Salud— su estructura organizativa y de gestión, y la forma de producción de servicios, mantiene —en líneas generales— las existentes en el antiguo INSALUD, con una relativamente lenta penetración de las TIC (tecnologías de la información y comunicaciones) en el rediseño de sus procesos, especialmente en lo que es el núcleo de la actividad: la gestión clínica.

Las perspectivas de futuro del SESPA, influidas —entre otros factores— a corto plazo por los efectos que sobre la financiación sanitaria pública de Asturias tendrá la actual crisis económica y el crecimiento plano de la población asturiana, y a medio plazo el envejecimiento de la población en Asturias, hacen más que recomendable la iniciativa del CES de Asturias de promover un estudio sobre el futuro del SESPA.

Aunque no existen referentes conocidos dentro del Sistema Nacional de Salud desde el llamado “Informe Abril —1991—”, otros países han realizado un esfuerzo en el mismo sentido que el propuesto por el CES de Asturias. Entre estos estudios, probablemente el más relevante y reciente sean los “Informe Wanless” para el Reino Unido —2002—⁽ⁱ⁾ y País de Gales —2003—. En el mismo sen-

(i) Wanless, D. The review of health and social care in Wales: the report of the project team advised by Derek Wanless. Cardiff, NafW. 2003.

tido, Canadá publicó en 2002 el informe de la Comisión Romanow⁽ⁱⁱ⁾ y, como es bien conocido, en los Estados Unidos se está debatiendo una propuesta de reforma de su sistema sanitario, que tiene hacia la universalización de la cobertura. Otros países europeos no han permanecido indemnes a la necesidad de adaptar sus sistemas sanitarios a las cambiantes necesidades y demandas de la sociedad o para asegurar su sostenibilidad. Además de Inglaterra, Alemania ha introducido en 2007 una reforma mayor en su sistema sanitario, también en el sentido de su universalización⁽ⁱⁱⁱ⁾, Dinamarca transfirió en 2007 la gestión de la sanidad desde los condados al gobierno estatal^(iv), e igual propuesta se ha formulado para Suecia^(v).

Las reformas de los sistemas sanitarios no son, por tanto, una excepción, sino la regla, encontrando su lógica en la necesidad de adaptar el sistema sanitario a un entorno cambiante. La necesidad de afrontar los problemas que la crisis económica hace más manifiestos puede ser una oportunidad para analizar la situación actual del sistema sanitario público en Asturias y, desde este análisis de situación, debatir las medidas que permitan, mejorando la calidad y eficiencia del sistema, garantizar su sostenibilidad.

Enfoque del estudio

El impacto que la asistencia sanitaria pública tiene sobre la economía de las Comunidades Autónomas es relevante y está ampliamente documentado. Asimismo se ha producido un cambio en la percepción política y económica del gasto en asistencia sanitaria pública, siendo considerado también como una inversión en el capital humano y en la economía productiva de cada región. Sin embargo, sería ingenuo —y contrapuesto a un crecimiento económico sostenible— si la justificación de los beneficios del gasto sanitario público impidiera la consideración de su eficiencia (la relación entre los recursos empleados y los resultados obtenidos) o —como cualquier otra inversión— no se evaluara el retorno de la misma en términos de coste oportunidad frente a otras alternativas de gasto/inversión.

La evaluación de la eficiencia de la asistencia sanitaria pública, así como la estimación de la “tasa interna de retorno” de la inversión en este sector, están impregnadas de valoraciones políticas, pues los “accionistas” que realizan la inversión son los agentes políticos, incluyendo a los agentes sociales. Asimismo, tanto el establecimiento de objetivos como la adopción de las decisiones precisas para alcanzarlos son procesos esencialmente políticos. El conocimiento riguroso, por los agentes políticos, del sector sobre el que van a influir o adoptar decisiones es, por tanto, esencial para que los recursos públicos sean empleados sensatamente.

(ii) Romanow RJ (Com.). Commission on the Future of Health Care in Canada. Building on Values: The Future of Health Care In Canada—Final Report. National Library of Canada cataloguing in publication data. 2002.

(iii) Welcome to solidarity. Health insurance cover for all of Germany. (www.die-gesundheitsreform.de) —as. March. 2007—.

(iv) http://www.ism.dk/publikationer/government_reform_in_brief/kap06.htm.

(v) Committee on Public Sector Responsibilities. Summary (2007).

La consideración esencialmente política del objeto de este estudio, tanto en relación con el análisis de situación como en la formulación de propuestas, informan el enfoque de este trabajo:

- en el mandato del CES:

“...identificar los factores clave que determinen las acciones y recursos requeridos para **asegurar la sostenibilidad del sistema** sanitario público de Asturias como proveedor de servicios de un sistema **universal, público y de alta calidad, basado en la necesidad y no en la capacidad de pago en el momento de uso**”,

porque define un determinado modelo de sistema sanitario, el de “Servicio Nacional de Salud”, que es el establecido en la Ley General de Sanidad.

- en la metodología e instrumentos que se emplean en el estudio, centrados en la **política sanitaria** como sector específico de conocimiento experto en la que se pueden realizar “juicios prudentiales”, basados en los distintos niveles de la evidencia disponible en el momento de hacer el análisis o proponer un curso de acción.

en el objetivo esencial de este trabajo, resumido en su lema: “Compromiso con un saludable futuro”, que es elaborar propuestas que sirvan de base de debate para establecer un compromiso político con una visión de futuro centrada en la salud, y que esta visión pueda ser un instrumento de cambio para una sociedad (la asturiana) comprometida con su futuro, dinámica y abierta, igualitaria, así como competitiva y generadora de conocimiento.

Resumen ejecutivo

El Servicio de Salud del Principado de Asturias es **el más valorado de entre los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud**. Además de sus funciones asistenciales es un relevante factor productivo para la economía del Principado. Frente a estas indudables fortalezas se opone **una dinámica de gasto sanitario público que pone en riesgo al resto de políticas públicas, así como a la economía de la Comunidad Autónoma y, por tanto, a su propia sostenibilidad. El reto, para mantener el alto grado de legitimación social y mejorar la calidad del servicio, es desarrollar políticas que aumenten la eficiencia y productividad del sistema sanitario público.**

En la primera parte del estudio se ha realizado un **diagnóstico de situación** que ha explorado los antecedentes, evolución y situación actual del sistema sanitario, que permita establecer las bases para desarrollar las políticas más adecuadas. Los aspectos que se enumeran a continuación destacan los datos más relevantes del diagnóstico de situación para el desarrollo de políticas que garanticen un futuro saludable del sistema sanitario público en Asturias:

1. El Principado de Asturias asumió en 2002 las transferencias del INSALUD en el marco de una reforma sanitaria inconclusa (la de la Ley General de Sanidad de 1986) y tras varios intentos fracasados de mejora de la organización y gestión del sistema sanitario público.

2. Las expectativas de los distintos agentes en relación con el sistema sanitario público de Asturias, en el momento de las transferencias del INSALUD, recogían (Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos) gran parte de las propuestas que se habían formulado desde la transición española y que se pueden resumir en tres grandes ejes:

2.1 Dotarse de un “servicio nacional de salud” con todas sus características: financiación pública mediante impuestos, cobertura universal y provisión hegemónicamente pública, lo que permitiría alcanzar sus objetivos principales: atención integral a la salud, equidad en el acceso y calidad en los servicios. Para ello, el servicio debería ser sostenible a largo plazo, con un crecimiento controlado, rentabilizando los recursos y la capacidad de organización de los servicios sanitarios públicos.

2.2 Orientar los servicios sanitarios a los ciudadanos y la participación comunitaria en salud. En consecuencia, debían:

- a) Orientar su actividad teniendo en cuenta las prioridades y criterios de los usuarios, incluyendo el desarrollo de la capacidad de elección individual del usuario,
- b) promover la participación ciudadana, y
- c) dotarse de garantías plenas del respeto de los derechos ciudadanos.

2.3 Desarrollar una organización basada en la separación de las funciones de autoridad de las de gestión de los servicios, y un modelo de gestión caracterizado por:

- a) La descentralización y autonomía en la gestión,
- b) la cooperación entre centros y entre grupos profesionales de diferentes centros, y
- c) la integración entre práctica clínica y responsabilidad en la utilización de recursos.

3. Los datos analizados en este diagnóstico de situación señalan que la evolución del sistema sanitario público de Asturias ha ido alejándolo, en general, de la mayor parte de los objetivos que se establecieron en el Libro Blanco. Se debe señalar que todos estos objetivos, incluyendo aquellos más estrechamente relacionados con la calidad y la eficiencia en la gestión de los servicios, tienen un carácter primordialmente político, pues la mejora en la transparencia, eficiencia y productividad del sistema son la garantía de su calidad y sostenibilidad, así como de su gestión democrática.

4. Las causas por las que no se han alcanzado los objetivos, analizadas en el diagnóstico de situación, son numerosas y con seguridad existen más que no han sido resaltadas, pero de entre ellas se debe subrayar la existencia de un marco, el del Sistema Nacional de Salud, que ha condicionado, y condiciona, el logro de los objetivos previstos. Aún careciendo de un análisis global del Sistema Nacional de Salud, así como de un estudio comparado de la calidad y eficiencia los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, no es arriesgado aventurar que:

- La evolución y situación actual del servicio sanitario público asturiano son probablemente similares (con matices en cuanto a sus respectivas fortalezas y debilidades) a los de la mayoría de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, y especialmente de aquellas que recibieron la transferencia del INSALUD en 2002.
- Es poco probable que una Comunidad Autónoma pueda impulsar las reformas necesarias, sin que exista un acuerdo con base suficiente en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Por estos motivos se enuncia en este diagnóstico, que el **sistema sanitario público asturiano no es sostenible sin la existencia de un Sistema Nacional de Salud español cohesionado.**

5. Los aspectos más relevantes del análisis para el conjunto del **Sistema Nacional de Salud**, desarrollado en este diagnóstico de situación, son:

5.1 Universalidad imperfecta.

5.2 Crecimiento del gasto sanitario público no sostenible.

5.3 Aumento de las disparidades entre Comunidades Autónomas en la financiación del gasto por persona protegida.

5.4 Pérdida de legitimación social.

5.5 Eficiencia manifiestamente mejorable.

5.6 Ausencia de instrumentos normativos y de una estructura de gobierno del Sistema Nacional de Salud que garanticen la cohesión.

5.7 Tensiones entre la planificación y demanda de profesionales y segmentación del mercado laboral.

5.8 Escasa o nula integración entre la gestión de la asistencia sanitaria y las políticas sociales, especialmente las relacionadas con la dependencia.

5.9 Posible aumento del control político sobre ámbitos gerenciales y profesionales y profundización de la gestión burocrático-administrativa.

5.10 Dificultad para establecer un debate político sosegado, así como para encontrar interlocutores profesionales, sindicales y sociales co-responsables.

6. Los datos de cobertura pública, utilización de servicios y eficiencia del Sistema Nacional de Salud contrastan con los de otros países de la Unión Europea con sistemas sanitarios basados en el

modelo del Servicio Nacional de Salud, los cuales han implantado reformas tendentes a la separación de aseguramiento y provisión, a la autonomía y gestión empresarial de la provisión de servicios y a incrementar la libertad de elección informada del paciente.

7. Por su parte, el sistema sanitario público asturiano, comparte con matices los rasgos enumerados para el Sistema Nacional de Salud:

7.1 Mayor dependencia de la cobertura sanitaria pública y menor recurso a la cobertura privada que la media de España.

7.2 Muy alto nivel de legitimación social, siendo el Principado de Asturias la Comunidad Autónoma que muestra mayores índices de satisfacción con el sistema sanitario de todas las del Estado español.

7.3 Crecimiento del gasto sanitario público por persona protegida a una tasa, en términos constantes, superior a la del Sistema Nacional de Salud.

7.4 Estabilidad en las tendencias de utilización de servicios y en la actividad global de los servicios sanitarios, con un incremento de la actividad ambulatoria (hospital de día, consultas y urgencias).

7.5 La lista de espera, en términos agregados, no es un problema de la sanidad pública asturiana, con demoras inferiores a las de la media del Sistema Nacional de Salud.

7.6 Más baja eficiencia hospitalaria, medida en términos de estancia media y estancia media ajustada por complejidad, que la media del Sistema Nacional de Salud. Escasa ganancia en eficiencia hospitalaria en el período 2001-2008.

7.7 Disminución de la eficacia del nivel de atención primaria como “puerta de entrada” del sistema. Aumento de la remisión de pacientes a consultas de especialista, tanto primeras como sucesivas, y de las urgencias hospitalarias sin ingreso.

7.8 Aumento del consumo de recetas por persona protegida y año.

7.9 Disminución de la productividad, tanto en atención primaria como especializada. Aumento de los costes de personal del 35% (en términos constantes).

8. El análisis de aspectos más cualitativos, algunos de los cuales son objeto de debate en la agenda política asturiana, sugiere lo siguiente:

8.1 No existe una red integrada de servicios en el sentido de que se hayan desarrollado instrumentos que garanticen la continuidad de los cuidados y la integración de los equipos asistencia-

les, como pueden ser la integración funcional (especialmente de sistemas de información), la integración clínica (gestión por procesos, gestión de enfermedades crónicas) y la vinculación de los profesionales a redes asistenciales.

8.2 Ineficacia de la atención primaria como puerta de entrada al sistema.

8.3 Problemas de eficiencia en los “hospitales locales”:

- a) Duplicación e ineficiencia en la utilización de recursos para la atención a la guardia y en la asistencia de urgencias.
- b) Índices de producción asistencial que tienden a ser menos adecuados que los del Sistema Nacional de Salud.
- c) Elevada rotación de los profesionales.
- d) Costes elevados por unidad de producción.

8.4 Escaso desarrollo de sistemas regionales, tanto para las urgencias como en relación con los servicios de referencia.

8.5 Profundización de la administración burocrática en la gestión del sistema sanitario. Las recientes y necesarias iniciativas de la Consejería y el SESPA, de crear “áreas” y “unidades” de gestión clínica, pueden no alcanzar sus objetivos si no se remueven las restricciones burocrático-administrativas para trasladar a estas formas de gestión clínica responsabilidad y “riesgo”.

8.6 La capacidad de implantar las necesarias políticas de ordenación de los recursos humanos, propuestas por la Consejería de Salud y el SESPA, dependerá de la remoción de las trabas burocrático-administrativas, así como de la existencia de un acuerdo suficiente en el conjunto del Sistema Nacional de Salud sobre las mismas.

8.7 El proyecto del Nuevo HUCA, crucial para el futuro de la asistencia sanitaria pública asturiana, ha iniciado la gestión del cambio para alcanzar los objetivos que sirvieron de premisas para elaborar su plan funcional:

- a) Mejora de la eficiencia, aunque todavía con indicadores de gestión alejados de las previsiones sobre las que se sustentaba el programa funcional del HUCA.
- b) Escasa integración de los servicios clínicos en redes de servicios.
- c) Persistencia del concepto, obsoleto, de “hospital de referencia”.
- d) Desarrollo inicial del “cluster” de ciencias de la salud, implicando a la universidad y a la industria en una estrategia de I+D+i (HUCASESNS).

8.8 Introducción de las TIC sin acompañarse de una reingeniería de procesos de gestión clínica.

8.9 El desarrollo del “mapa sanitario”, con la mimética traslación de la cartera de servicios de los “hospitales de área” a los hospitales locales genera problemas de equidad, calidad y eficiencia, que podrían ser resueltos mediante la creación de redes sub-regionales.

8.10 Esquema organizativo de “separación de funciones” (Consejería/SESPA), que probablemente produce un incremento de los costes administrativos y que debería ser revisado en función de la estrategia de modelo sanitario que se pretenda desarrollar.

9. El análisis de la sanidad pública asturiana como sector productivo muestra que tiene una notable relevancia en la economía del Principado, con un efecto dinamizador probablemente débil, como probablemente también lo es (siguiendo la tendencia de España) en inversión en I+D+i.

En la segunda parte del estudio se han analizado algunos aspectos relacionados con la visión de futuro del sistema sanitario público en Asturias. Para ello se ha realizado un análisis DAFO solicitando la opinión a personalidades relevantes y se ha analizado la información disponible sobre las preferencias de los ciudadanos, se han identificado los factores clave para el futuro del sistema y se han construido dos escenarios a medio plazo, uno inercial, como prolongación de las actuales tendencias y las previsiones disponibles, y el otro “óptimo”, que se acercara a la visión del futuro priorizada. Por último, se han trasladado las conclusiones del diagnóstico de situación y el análisis de futuro del sistema sanitario, en un conjunto de **propuestas** concretas.

10. En relación con la visión de futuro del sistema sanitario público en Asturias se observa que:

10.1 Existe un alto nivel de acuerdo sobre la necesidad de desarrollar un debate sobre la situación actual del sistema sanitario público asturiano y la propuesta de medidas para garantizar su sostenibilidad.

10.2 Del mencionado debate se excluye cualquier hipótesis de cambio de un sistema que cuenta con un elevado soporte social y, en las comparaciones internacionales, tiene notables ventajas en relación con su eficiencia y equidad.

10.3 Existe una notable unanimidad en los aspectos que constituyen fortalezas del sistema sanitario público de Asturias: elevado nivel de satisfacción, importante infraestructura de recursos sanitarios (edificios, equipamiento, personal) y alta cualificación de los profesionales.

10.4 Se produce asimismo un importante nivel de acuerdo sobre cuáles son las debilidades, oportunidades y amenazas para el sistema, así como sobre algunas de las medidas a desarrollar.

10.5 El debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario público de Asturias (así como sobre el Sistema Nacional de Salud) debería de abordarse como una cuestión de Estado, comprome-

tiendo a todos los agentes relevantes (sociales, políticos y profesionales). El escaso compromiso de estos agentes (incluyendo a otras organizaciones de la sociedad civil) con el sistema, que lleva a una espiral reivindicativa de demandas que, no añadiendo valor a la salud de los ciudadanos, compromete seriamente la sostenibilidad del servicio sanitario público.

10.6 Una lista tentativa de objetivos para poder someter a debate los medios para alcanzarlos puede ser la siguiente:

- Adoptar las medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema, manteniendo sus principios básicos: centrado en la salud, universal y equitativo.
- Hacer que el sistema sea más transparente y responda mejor a las necesidades y demandas de los ciudadanos.
- Aumentar la calidad y seguridad del sistema sanitario, y
- Mejorar su eficiencia, fomentando asimismo la participación de los profesionales en su gestión.

11. Se ha identificado un conjunto de factores clave para el futuro del sistema sanitario público en Asturias:

11.1 El entorno económico estará marcado por un crecimiento de la economía que no posibilitará el mantenimiento de las tasas de crecimiento interanual del gasto sanitario público experimentadas durante el período 2002-2009.

11.2 Crecimiento demográfico plano o ligeramente negativo y envejecimiento poblacional, que tendrá una leve incidencia sobre el crecimiento del gasto sanitario (aumento algo menor del 2% en 2017) y muy notable (alta prevalencia de enfermedades crónicas, fragilidad y dependencia) sobre el modelo de sistema sanitario, la relación entre éste y los servicios sociales y la necesidad de desarrollar recursos sociosanitarios.

11.3 Las demandas ciudadanas de capacidad de elección y transparencia de la información, de decisión, de inmediatez de respuesta y de mayor confortabilidad tenderán a aumentar en el inmediato futuro, y atenderlas será un factor crítico para la legitimación social del sistema.

11.4 La incorporación y utilización de la tecnología seguirá siendo un factor determinante de crecimiento del gasto sanitario. Para que la incorporación de tecnología se acompañe a la disponibilidad de recursos, así como para que la relación coste-beneficio sea adecuada y genere eficiencia, es recomendable evaluar la relación del coste-beneficio antes de su incorporación, así como que se introduzcan los cambios necesarios en la organización y gestión de los servicios.

11.5 Es preciso invertir en I+D+i. Un aspecto relevante para el impulso de una política de I+D+i en sanidad es la cooperación entre el sistema sanitario, la universidad y la industria. El desarrollo del "cluster" de ciencias de la salud asociado al nuevo HUCA podría favorecer esta estrategia, especialmente en relación con la biotecnología y farmacogenómica.

11.6 El cambio de “modelo” sanitario es una necesidad del presente y será clave en el futuro. Se han identificado algunas constantes que impulsan un cambio de modelo sanitario:

- La necesidad de desarrollar redes asistenciales específicas, que superan la barrera tradicional entre atención primaria y especializada.
- La coordinación de la red asistencial con la red de servicios sociales y el desarrollo de recursos sociosanitarios.
- La regionalización de los procedimientos y, por tanto, de los recursos humanos y de equipamiento.
- La necesidad de integración de equipos multidisciplinares, procedentes de distintas profesiones y especialidades.
- La integración del paciente y, en su caso, familia y cuidadores en el proceso asistencial.
- La utilización de las TIC y la reingeniería de los procesos asistenciales.

Las estructuras del sistema sanitario deben cambiar para adaptarse a estas necesidades, que implican, asimismo, el abandono de cualquier pretensión de “modelo asistencial universal” que se adapte a cualquier necesidad. Los cambios estructurales que se precisarían serían:

- Eliminar barreras entre atención primaria y especializada para desarrollar la red asistencial específica que provea la asistencia en el momento preciso y en el recurso adecuado.
- Desarrollar unidades de gestión clínica multidisciplinares, que superen las barreras entre especialidades médicas y profesiones (sanitarias y no sanitarias), así como la frontera del hospital, para abarcar al ámbito geográfico, poblacional y de recursos que la red asistencial específica precise.
- Las redes asistenciales deben superar asimismo, en ocasiones, la tradicional división poblacional y territorial del área de salud, para tener una dimensión “regional” (por ejemplo, para la atención al cáncer, cardiopatía isquémica o ictus).

11.7 La evolución de los recursos humanos será clave para el futuro del sistema sanitario público en Asturias. Sin embargo, los aspectos más relevantes de este factor (educación profesional, rediseño de las competencias profesionales), se dilucidarán en el ámbito nacional, o éste tendrá una gran influencia para hacer viables o no los cambios en el sentido de impulsar una relación más profesional, menos burocrático-administrativa. Esta previsión no es óbice para que desde Asturias se impulse el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SESPA, y se introduzcan aquellas mejoras organizativas y de gestión que mejoren la productividad y eficiencia en la utilización de los recursos humanos. Las relaciones entre sistema sanitario y universidad y, dentro de ellas, el compromiso de la universidad para formar a los profesionales que el futuro demanda y para contribuir, junto con sistema sanitario y empresarial, en el desarrollo económico del Principado, se configuran asimismo como un factor clave de futuro.

11.8 El cambio organizativo será, asimismo, un factor importante para el futuro del sistema sanitario. El desarrollo de las unidades de gestión clínica, propiciado por la Consejería de Salud y el SESPA, puede impulsar una gestión más eficiente si se produce un traslado efectivo de respon-

sabilidad y riesgo, para lo que precisan un suficiente margen de autonomía y un entorno no burocrático-administrativo. Asimismo puede ser difícil avanzar en una determinada Comunidad Autónoma, sin que exista una “masa crítica” en el Sistema Nacional de Salud.

11.9 La colaboración público-privada puede tener interés para la introducción y utilización de las TIC y del diagnóstico por la imagen, el desarrollo de la biotecnología y farmacogenómica (creación y funcionamiento del Centro de Investigación Biomédica), así como para la gestión integral del mantenimiento de instalaciones complejas.

11.10 Por último, se considera como un factor clave de futuro la existencia de un Sistema Nacional de Salud cohesionado.

12. Con la combinación de los factores clave de futuro considerados se han establecido dos escenarios, uno inercial y el otro “deseable” desde la perspectiva de este informe.

13. Por último, se ha trasladado el análisis sobre el diagnóstico de situación y los factores clave de futuro a un conjunto de propuestas específicas, que necesariamente algunas son comunes a distintos aspectos:

13.1 Si los agentes sociales, políticos y profesionales del sistema sanitario público asturiano consideran que éste es un problema relevante (como se defiende en este informe) deberían instar, a través de su participación en el Consejo Interterritorial y otros medios, que se debata en el ámbito nacional los objetivos e instrumentos para asegurar la cohesión del Sistema Nacional de Salud. Los aspectos a abordar a nivel estatal serían:

- La necesidad de un nuevo marco para el Sistema Nacional de Salud.
- Los derechos de los ciudadanos en relación con el Sistema Nacional de Salud como elemento central de la cohesión.
- La política de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, como prioridad para el funcionamiento del sistema.
- Los instrumentos de gestión del Sistema Nacional de Salud.

13.2 En relación con los aspectos relacionados con la legitimación social del sistema:

- Introducir la libre elección de médico en atención primaria, que debería extenderse también a la elección de ginecólogo/matrona durante el embarazo.
- Poner a disposición de los ciudadanos los indicadores relevantes de calidad de los centros sanitarios/unidades de gestión clínica (tiempos de demora; estancia media para determinados procesos; indicadores de resultados), para poder elegir el centro/unidad de tratamiento en colaboración con el consejo de su médico de atención primaria.
- Invertir en formación de los profesionales de la salud para mejorar la transferencia de información a los pacientes, así como para fomentar la participación de éstos en la toma de decisiones.

- Invertir en educación para la salud, que incluya el uso adecuado de los servicios sanitarios y el fomento del autocuidado.
- Invertir en formación sanitaria de los cuidadores.

13.3 En relación con el crecimiento del gasto sanitario, que se considera la amenaza más importante para la sostenibilidad del sistema:

- Fijar como objetivo que el gasto sanitario público no crezca por encima de su participación actual sobre el PIB ni sobre los presupuestos del Principado.

Requiere del consenso y el compromiso de los agentes sociales, políticos y profesionales en reconocerlo como problema y fijar como objetivos la mejora de la calidad y el aumento de la eficiencia y productividad del sistema.

13.4 El modelo sanitario-asistencial del sistema sanitario público de Asturias debería desarrollar las líneas propuestas en el punto 11.6 para mejorar su calidad, seguridad y eficiencia. Dar prioridad al desarrollo de un modelo sistematizado de atención al paciente crónico.

13.5 En relación con el “mapa sanitario” la propuesta que se realiza en este informe es la creación de redes sub-regionales de forma que los hospitales generales de las Áreas I, II, VI, VII y VIII tengan como hospitales de referencia a los hospitales generales de agudos. La ordenación propuesta, que sería respetuosa con el mapa sanitario actual, establecería tres niveles para la cartera de servicios de la atención especializada:

- Servicios de Referencia del Principado de Asturias.
- Servicios de Complejo Multihospitalario/Red sub-regional.
- Servicios de Área de Salud (hospitales locales).

13.6 En relación con la inexistencia de una red integrada de servicios y los problemas de eficiencia y calidad de los “hospitales locales”:

- Desarrollar redes asistenciales para grandes grupos de procesos. Dar prioridad a la atención sistemática a los pacientes crónicos, así como a los sistemas integrales de urgencias (ictus, politraumatismo, síndrome coronario agudo).
- Creación de sub-redes regionales.
- Regionalización de procedimientos y, por tanto, de recursos humanos y de equipamiento, dentro del esquema de las redes asistenciales.
- Implantación de las TIC y reingeniería de procesos asistenciales.

13.7 En relación con la profundización de la gestión burocrático-administrativa del sistema sanitario público y su correlato en especial en la gestión de personal:

- Propiciar un debate a nivel nacional sobre la gestión en el Sistema Nacional de Salud.
- Implantar y extender la creación de unidades de gestión clínica.
- Promover el reconocimiento social de los gestores (remuneración, carrera profesional) y tender hacia una relación contractual con objetivos explícitos y evaluación basada en su cumplimiento.

13.8 En relación con la estructura organizativa y de gestión del sistema sanitario público del Principado:

- Implantar y extender la creación de unidades de gestión clínica.
- Desarrollar contratos con los centros y con las unidades en un marco de autonomía de gestión y evaluación por objetivos.
- Mantener la diferenciación de funciones entre Consejería (autoridad) y SESPA (aseguramiento).
- Preparar, desde el SESPA, a los centros y unidades para que desarrollen eficazmente la autonomía de gestión, dotar al SESPA de instrumentos de evaluación y control de la gestión de centros y unidades, y para desarrollar las funciones de “compra” de servicios a través de las áreas de salud.
- Integrar equipos de la Consejería y el SESPA, asumiendo el titular de la Consejería de Salud las funciones de la dirección-gerencia de SESPA.

13.9 En relación con la disminución de la eficiencia y productividad de los recursos humanos experimentada durante el período, además de las medidas propuestas a nivel del Sistema Nacional de Salud, cambio de modelo sanitario y creación de redes asistenciales, se proponen las siguientes medidas:

- El aumento de la eficiencia y productividad de los recursos humanos debe ser una prioridad para el futuro del sistema sanitario público de Asturias. Para ello, los distintos elementos de la política de recursos humanos (por ejemplo: selección, promoción, incentivos) deben estar alineados con estos objetivos.
- Implantar el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SESPA.
- Implantar y extender la creación de unidades de gestión clínica.
- Utilizar las TIC con la reingeniería de procesos para mejorar la calidad de la asistencia y aumentar la eficiencia y productividad de los recursos humanos. Ejemplos de esta línea de trabajo son:
 - El desarrollo de redes asistenciales para determinados grandes grupos de procesos.
 - El desarrollo de un centro consultor de diagnóstico por imagen.
 - Mancomunar otros servicios de soporte clínicos y no clínicos.
 - Creación de un “call-center” (tipo NHSDirect) y reordenación de la red de servicios de urgencia.

13.10 En relación con la disminución de la eficacia del nivel de atención primaria como “puerta de entrada” del sistema:

- Desarrollar una atención sistemática al paciente crónico. Implantar las unidades de pacientes pluripatológicos y extender esta experiencia a los pacientes crónicos con afectación sistémica.

13.11 En relación con la baja eficiencia hospitalaria:

- Fijar como objetivo la disminución de la estancia media ajustada por complejidad por debajo de la media del Sistema Nacional de Salud.

- Desarrollar una atención sistemática al paciente crónico (unidades de pacientes pluripatológicos).
- Regionalizar las urgencias quirúrgicas.
- Sustituir camas de hospitales de agudos por recursos sociales intermedios y sociosanitarios (unidades de convalecencia, cuidados paliativos).
 - “Benchmarking”, de la estancia media por los procesos (GRD), de los hospitales de la red hospitalaria de utilización pública de Asturias con los del Sistema Nacional de Salud.
 - Planificación sistemática del alta desde el ingreso de pacientes con riesgo de prolongación “social” de la estancia.
 - Rediseño de los procesos de soporte clínico (apoyado en las TIC) para asegurar que no son un “cuello de botella” y que no demoran la estancia.
 - Asegurar que se realizan los pases de visita diarios, incluyendo sábados y domingos.

13.12 El HUCA tiene una incidencia muy importante sobre el conjunto del sistema sanitario público en Asturias y participa de los problemas de eficiencia y medidas para su mejora de los hospitales de la red. Aparte de las medidas propuestas en el punto anterior para todos los hospitales, el nuevo HUCA puede contribuir notablemente a la sostenibilidad y mejora del sistema sanitario público de Asturias, desarrollando medidas que han iniciado su implantación:

- Implantar y extender la creación de áreas y unidades de gestión clínica, que en numerosos casos deben tener un ámbito de actuación de red sub-regional o para el conjunto del Principado.
- El HUCA debería tener un papel relevante en el desarrollo de redes asistenciales y en el cambio del modelo sanitario. Los responsables de las áreas de gestión clínica creadas deben tener un papel de liderazgo en el desarrollo de ambos procesos.
- Crear el Centro de Investigación Biomédica dentro del “cluster” de ciencias de la salud con la colaboración del sistema sanitario, universidad y empresa.

13.13 En relación con el aumento del consumo de recetas por persona protegida y año.

- La disminución del consumo (y gasto) en recetas médicas debe ser una prioridad para el futuro del sistema sanitario público de Asturias. Una reducción de cinco puntos porcentuales sobre su actual participación en el gasto sanitario es un objetivo plausible.
- El desarrollo de una atención sistemática al paciente crónico puede contribuir de forma importante al logro de este objetivo.

13.14 Respecto a la relación entre sistema sanitario público y la economía regional:

- La mejora de la eficiencia y productividad del sistema deben ser considerados objetivos prioritarios de contribución del sistema sanitario público de Asturias a la economía productiva del Principado.
- Explorar formas de colaboración público-privada en:
 - Introducción y utilización de las TIC y del diagnóstico por la imagen.
 - Desarrollo de la biotecnología y farmacogenómica (creación y funcionamiento del Centro de Investigación Biomédica).
 - Gestión integral del mantenimiento de instalaciones complejas.

PRIMERA PARTE

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Capítulo 1. Antecedentes

Medicina es una ciencia social, y política es medicina a gran escala.

Virchow (1848).

Prever el futuro es un ejercicio, por definición, incierto, que se hace imposible si se desconoce el pasado. La misma sede del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) en la Plaza del Carbayón ha sido ocupada sucesivamente por el Instituto Nacional de Previsión (INP) (hasta 1979), el INSALUD (hasta 2002) y por el propio SESPA (a partir de 2002). De la misma forma que estas distintas instituciones se han ido sucediendo en el uso del mismo edificio, inevitablemente han ido heredando personal, así como una cierta cultura y otros intangibles que hacen que el presente del SESPA (como otros Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas) contenga elementos del pasado INP.

El Nuevo Hospital Universitario Central de Asturias, cuya incidencia en la sanidad asturiana es todavía mayor que el 25% del peso que tiene sobre el gasto sanitario público del Principado de Asturias, heredará la carga de la historia de los antiguos Hospital General de Asturias y de la Residencia Sanitaria Nuestra Señora de Covadonga y, con ello, lo que fue la configuración de la sanidad española previa a la Ley General de Sanidad de 1986, caracterizada por la contraposición entre dos modelos sanitarios que se solapaban.

La Ley General de Sanidad, llamada a crear un sistema sanitario que superara a los dos modelos coexistentes (y contradictorios) del régimen anterior a la Constitución de 1978, obedeció al contexto político, económico, social y cultural de la época en la que nació. La crisis y reforma de la sanidad pública española en el período 1978-1986 fue consecuencia del radical cambio de marco político acontecido en España a partir de 1975, pero asimismo participó de algunos de los rasgos propios de la “crisis del estado de bienestar” de los países europeos occidentales en los 80¹.

Prever el futuro de la sanidad pública supone, por tanto, hacerlo también respecto de la sociedad asturiana y española, y sobre como se adaptará la sanidad a las necesidades (no sólo de salud) de esa sociedad del futuro.

Este capítulo está destinado a explorar el pasado, tratando de extraer —si posible— de los antecedentes a la situación actual algunas claves que puedan informar sobre el futuro. Para ello se ha divi-

dido el capítulo en cuatro apartados, que contienen cursos de acción que se solapan en el tiempo, pues las instituciones que se han ido creando en cada período han sido fruto de las decisiones y acciones desarrolladas en su precedente inmediato: 1. el previo a la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986; 2. el impulso de los 80. Reforma y crisis; 3. la sanidad en los 90. Fracaso de los intentos de reforma y establecimiento de los pilares del sistema sanitario público de Asturias; y 4. 2002. la transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social al Gobierno del Principado de Asturias.

1.1 La sanidad asturiana y española antes de la Ley General de Sanidad de 1986^{(1),1,2,3}

El informe “La Sanidad Pública en Asturias”, editado en 2003 por el Consejo Económico y Social del Principado de Asturias⁴, dedicó un breve capítulo a la evolución de la sanidad pública en España y en Asturias. En este capítulo se señalaba, acertadamente, que “las características actuales del sistema sanitario público en España tienen sus orígenes en la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) por Ley de 14 de diciembre de 1942, cuya misión era dar cobertura a los ‘productores económicamente débiles’”. La situación de la sanidad española antes de la Ley General de Sanidad era, sin embargo, mucho más compleja, y si bien el actual sistema sanitario público en España es básicamente heredero del SOE, también lo es de una organización que se caracterizaba por la multiplicidad de sistemas de cobertura, competencias organizativas e instituciones, que —a su vez— respondían a “lógicas” (valores, políticas) diferentes y ocasionalmente contrapuestas.

1.1.1 El mosaico de la sanidad pública española previo a la Ley General de Sanidad

En España, como en todo el mundo occidental, la práctica de la medicina en la primera mitad del siglo XX era liberal y privada. Desde el siglo XVIII las “leyes de pobres” fueron creando una infraestructura para dar servicios a los “desheredados”. En España, la Ley de Bases de Sanidad Nacional del 44 sustituyó a la Ley de 1852, ordenando la beneficencia, que quedaba como responsabilidad de las corporaciones locales (Diputaciones y Ayuntamientos), incluyendo áreas concretas como el cáncer, infecto-contagiosas, etc. La inmensa mayoría de la población quedaba fuera de la asistencia de beneficencia por lo que se desarrollaron, a finales del siglo XIX y principios del XX los sistemas “bismarckianos” de Seguridad Social.

(1) Este apartado está ampliamente basado en el capítulo 4. Las propuestas de reforma de la sanidad española (1977-1982) en: Elola J. Crisis y Reforma de la Asistencia Sanitaria Pública en España (1983-1990). Madrid. FISS. 1991; y en: Elola J. Política Sanitaria Española. Díaz de Santos: Madrid. 2001, así como en los capítulos 1. De la sanidad pública para lo pobres a la cobertura sanitaria universal, y 2. El cambio sanitario, del libro de Juan Luis Rodríguez-Vigil: Integración o desmoronamiento. Crisis y alternativas del Sistema Nacional de Salud español. La página web de INGESA (<http://www.ingesa.msc.es/organizacion/origenes/home.htm>) aporta interesantes datos sobre los orígenes históricos del aseguramiento sanitario público en España.

En España fueron creándose sistemas de protección específicos⁽²⁾, como el Instituto Nacional de Previsión en 1903, el Seguro Obligatorio de Maternidad (1923, 1929), y el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en 1942.

El sistema sanitario público español anterior a la Ley General de Sanidad era un auténtico mosaico, formado por la superposición de dispositivos públicos y privados. Las competencias en materia sanitaria estaban diseminadas en múltiples organismos. El Ministerio de Sanidad se creó en 1977, por vez primera desde la Segunda República; previamente hasta diecinueve departamentos ministeriales se estimaba que tenían competencias sobre diferentes aspectos del sistema sanitario. En síntesis, el sistema sanitario obedecía a dos lógicas (o “ideologías”) hegemónicas: la que inspiraba la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 y aquella que informaba a la Seguridad Social.

La Ley de 14 de diciembre de 1942 implantó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), dentro de un sistema de protección social gestionado por el INP. El SOE se inspiraba en los principios del Fuero del Trabajo, y estaba diseñado para proteger a los “productores” (un eufemismo para evitar referirse a “trabajadores”) económicamente débiles y sus familias.

El modelo sanitario que inspiraba la asistencia sanitaria de la Seguridad Social tenía una base mutualista (de Seguros Sociales), con una orientación reparadora (de asistencia médico-curativa y de rehabilitación) “hospitalocentrista”, y una proyección universal, creando un fuerte dispositivo sanitario colectivizado que tendía hacia la incorporación de los médicos en el sistema.

Con la Ley de Bases de la Seguridad Social, de 28 de diciembre de 1963, se suprimen los esquemas clásicos de previsión y seguros sociales, y se instrumenta el desarrollo del sistema de Seguridad Social. El Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, modifica y amplía las prestaciones de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

La Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, aunque con una tendencia universalizadora, trató de evitar, en lo posible, las posibles distorsiones entre la norma y la realidad de unas situaciones de muy larga tradición (los sistemas especiales de cobertura de los funcionarios —Montepíos— se remontan a la época ilustrada de Carlos III, a finales del siglo XVIII). A tal fin, diseña un régimen general para trabajadores por cuenta ajena y once regímenes especiales⁽³⁾, entre los que se

(2) En 1883 se crea la Comisión de Reformas Sociales para el estudio de todas las cuestiones que interesaban a la mejora o bienestar de las clases obreras, y que afectaban a las relaciones entre el Capital y el Trabajo.

(3) Funcionarios públicos, civiles y militares; personal al servicio de los Organismos del Movimiento; funcionarios de Entidades estatales, autónomas; socios trabajadores de Cooperativas de producción; servidores domésticos; trabajadores por cuenta propia o autónomos; estudiantes; personal civil no funcionario, dependiente de establecimientos militares; representantes de comercio. Así como: trabajadores del mar; y Seguridad Social Agraria.

encuentran los de los funcionarios del Estado, tanto civiles como militares. Los regímenes especiales de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado y de las Fuerzas Armadas se aprueban en 1975, el régimen especial de Seguridad Social del personal al servicio de Administración de Justicia en 1978. La Mutualidad Nacional de Previsión de la Administración Local se creó en 1960, integrándose en el régimen general de la seguridad social en 1993.

Además de la Seguridad Social y los “regímenes especiales”, los sistemas especiales de colaboración de las empresas en la gestión de la asistencia sanitaria común (empresas colaboradoras), y en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los accidentes laborales y enfermedades profesionales (mutuas de accidentes de trabajo), creaban un esquema de multiplicidad de seguros característico de los sistemas de seguros sociales.

Herederio de la tradición liberal del siglo XIX, el modelo sanitario que informaba a la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 tenía una orientación tradicional de “salud pública” (promoción de la salud y prevención de la enfermedad), relegando al Estado a un papel complementario respecto a la asistencia sanitaria. En un contexto de medicina liberal, las administraciones públicas atenderían, a través de la Beneficencia, a la población marginada (sin acceso al mercado de trabajo y con escasos recursos económicos). Las administraciones territoriales (Diputaciones Provinciales, Cabildos, y Ayuntamientos) fueron responsabilizadas de crear un dispositivo asistencial para alcanzar los objetivos sanitarios de la Ley de Bases, así como de la gestión de los centros. De esta forma se superpone al entramado asistencial de la Seguridad Social una red de hospitales generales, psiquiátricos, maternidades y otros hospitales de carácter monográfico, con su respectivo personal y equipamiento, gestionados por las administraciones territoriales. Asimismo, se desarrolló una red de consultorios locales en los municipios, en donde ejercían la medicina general y actividades de “salud pública” los profesionales (enfermeros, médicos, farmacéuticos y veterinarios) de los cuerpos de Sanitarios Titulares. En resumen, en contraposición con el subsistema de Seguridad Social, el dispositivo diseñado por la Ley de Bases de Sanidad Nacional se orientaba hacia las actividades preventivas, descansando sobre la medicina privada la provisión de servicios sanitarios, y dejando al Estado un papel subsidiario para atender a aquellos grupos de población más necesitados.

A los dispositivos públicos mencionados se sumaban la Administración Institucional de Sanidad Nacional (AISN), que se había hecho cargo de los hospitales de la antigua lucha antituberculosa (Hospitales del Tórax), y los Hospitales Universitarios.

Antes de seguir avanzando en esta descripción, conviene hacer en este punto dos llamadas de atención. En primer lugar, si bien es cierto que antes de 1986 la sanidad pública española era un puzzle de subsistemas, también lo es que el predominio del SOE tendía hacia la universalización del sistema. En segundo lugar, el que hubiera una multiplicidad de subsistemas antes de la Ley General de Sanidad no significa que esta circunstancia haya desaparecido después de ella, como se verá en el apartado 4 de este capítulo.

A finales de la década de los 70, aproximadamente el 82% de la población española estaba protegida por la Seguridad Social, en sus distintos regímenes, mientras que solo el 1% tenía cobertura a través de la Beneficencia. Existía, asimismo, un elevado porcentaje de la población protegida por seguros privados (15% antes de la integración de los trabajadores autónomos en 1984), un 12% de la población tenía una sociedad privada a través de la empresa, y un 3% de la población carecía de cobertura.

La necesidad de reformar el sistema sanitario era ampliamente compartida por la opinión pública, los médicos, así como por los responsables de la administración sanitaria. En las encuestas realizadas durante la transición democrática, el 70% de la opinión pública y el 98% de los médicos apoyaban una reforma del sistema sanitario. La reforma sanitaria era, por lo tanto, una prioridad dentro de la agenda política de la transición española.

La reforma sanitaria podía optar, básicamente, por dos alternativas: implantar un sistema de seguros sociales similar a la de los países de Europa Central o un Servicio Nacional de Salud, similar al del Reino Unido o Suecia. El modelo de seguros sociales fue el defendido por los partidos políticos de derecha (Alianza Popular y Unión de Centro Democrático) y la corporación médica, mientras que el modelo de “Servicio Nacional de Salud” lo fue por los partidos de izquierda (PSOE y Partido Comunista) y los movimientos de médicos progresistas. La oportunidad de plantear con alguna posibilidad de éxito la reforma de la sanidad la tuvo el PSOE a partir de las elecciones generales de 1982.

1.1.2 La asistencia sanitaria en los Acuerdos de la Moncloa

La legalización de los partidos políticos y las elecciones generales de 1977 marcaron una inflexión en la política española. En octubre de 1977 se firmaron los Acuerdos de la Moncloa entre el Gobierno y los partidos políticos. Estos Acuerdos incluían un programa de austeridad económica y reformas políticas. Los sindicatos (Comisiones Obreras —CC.OO.— y Unión General de Trabajadores —UGT—) dieron su respaldo a estos Acuerdos. El programa de austeridad incluía un límite del 20% sobre los incrementos salariales (con unas tasas de inflación próximas al 17%), y restricciones crediticias. La reforma fiscal, las modificaciones en el sistema educativo y en la Seguridad Social, un nuevo estatuto para la empresa pública, un programa para aumentar el empleo y política de vivienda, fueron los aspectos contemplados en las reformas políticas.

Los Acuerdos de la Moncloa incluían un importante programa de reformas de la Seguridad Social. El principal objetivo declarado de estas reformas era la transparencia y responsabilidad pública de la Seguridad Social, posiblemente como respuesta a la opacidad del INP, que representaba un modelo característico de la burocracia franquista. Este modelo era típico —usando la terminología de Gough⁵— de un corporatismo estatista, en el que frecuentemente se utiliza la intervención del estado para favorecer las posiciones de las élites dominantes; siendo descrita por Linz como un “autoritarismo orgánico estatista”⁶. Los grupos dominantes estaban constituidos, en sanidad, por las

élites políticas (predominando el falangismo como sector de influencia), el alto funcionariado y ciertos profesionales médicos con cargos de relevancia⁷; sin olvidar la influencia que los técnicos del INP tuvieron en la perpetuación de la cultura de previsión social; influencia que se mantuvo durante la transición democrática, posiblemente hasta el cambio del sistema de financiación de 1989, con la aportación mayoritaria y finalista a través de los Presupuestos Generales del Estado. El INP era acusado, a finales de los años setenta, de oscurantismo, mala gestión y corrupción, por lo que no extraña que se le otorgara prioridad como objetivo político de las reformas.

Las reformas de la Seguridad Social contempladas en los Pactos de la Moncloa tenían lógicamente un marcado cariz político, e incluían el control de la Seguridad Social por el Parlamento y la Administración del Estado; la reforma de la gestión, con el nacimiento de las “entidades gestoras” y, dentro de ellas, el INSALUD para la asistencia sanitaria; la participación de los sindicatos y organizaciones empresariales en el control de la Seguridad Social; y la participación social de la comunidad en el control de los servicios sociales.

La mayor parte de las reformas de la Seguridad Social contempladas en los Acuerdos de la Moncloa no se llevaron a la práctica por los sucesivos gobiernos de la UCD, y fue un factor más que contribuyó al “desencanto” de la población y al triunfo del PSOE en las elecciones de 1982, como un gobierno fuerte que podía producir el “cambio”.

1.1.3 La incidencia de la modernización de la medicina española en el proceso de reforma

Existen muy escasas referencias a este aspecto que, sin embargo, tuvo una notable importancia en la transformación del modelo sanitario español, así como en la sanidad asturiana.

En los años 60, una élite de profesionales de la medicina, inspirados muchos de ellos en los modelos de la medicina científica de los hospitales universitarios de los Estados Unidos y los sistemas de formación de postgrado de ese país, impulsaron una modernización de la asistencia sanitaria española, principalmente desde los hospitales, así como un proceso reglado de formación postgraduada. Fruto de este impulso se crea el “Seminario de Hospitales”, integrado por un conjunto de hospitales que implantan un sistema de formación postgraduada basado en la formación práctica tutelada y con transferencia progresiva de responsabilidad, similar a los sistemas de formación de especialistas de los Estados Unidos (el sistema de “médicos residentes”). El Seminario de Hospitales fue el germen del sistema MIR, e introduciría una profunda mejora en la calidad de la asistencia sanitaria española, dominada entonces por una medicina privada —que se compatibilizaba con la asistencia sanitaria del “seguro”— de escasa calidad, y que tenía —con muy notables y destacadas excepciones— en la Universidad su sistema de perpetuación y en los Colegios de Médicos su representación institucional.

A la mencionada tendencia de modernización de la sanidad española corresponden las iniciativas —entre otras— de los hospitales General de Asturias⁸, Fundación Jiménez Díaz (Madrid)⁹, Santa

Cruz y Pablo (Barcelona), Marqués de Valdecilla (Santander) o, dentro del INP, la Clínica Puerta de Hierro (Madrid). Existen numerosos rasgos comunes entre los hospitales citados, entre ellos la búsqueda de un “modelo de gestión eficiente” y la “excelencia clínica”. Los modelos de gestión de estos centros —incluyendo la Clínica Puerta de Hierro¹⁰— escapaban de la uniformidad organizativa del INP, implantada por el Estado Corporativo característico del régimen.

En 1978, con el impulso de Segovia de Arana (Director de la Clínica Puerta de Hierro, y discípulo de Jiménez Díaz), desde su puesto de Secretario de Estado para la Sanidad, y con la colaboración de otros destacados profesionales, algunos de ellos impulsores también de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, se establece para el conjunto del sistema sanitario español el sistema MIR como sistema de acceso a la especialidad.

Aunque el consenso entre los médicos sobre la necesidad de la reforma era prácticamente universal, durante la transición de la sanidad pública española —desde 1977-1978 (Pactos de la Moncloa; Constitución Española) a 1986 (Ley General de Sanidad)— la profesión médica se divide básicamente en dos grandes grupos. Un primer grupo, mayoritario, representado por los Colegios de Médicos, defendía un modelo próximo a los sistemas de seguros sociales europeos (Alemania, Francia): libertad de elección de médico; compatibilidad del ejercicio público con el privado; pago por acto y contribución del usuario al hacer uso del servicio.

Frente al grupo mayoritario de médicos, aproximadamente la cuarta parte de este colectivo profesional era partidario de un servicio nacional de salud, una gestión profesional y establecer una vinculación exclusiva con el sistema sanitario público¹¹; una parte importante de los médicos que defendían este modelo provenían de los sistemas de formación postgraduada de los hospitales que integraron el “Seminario de Hospitales” y, a partir de 1978, del sistema de formación de MIR. Una política muy activa por parte del INP creando en los años 60 y 70 una potente red de hospitales, que a partir de 1972 tuvieron servicios “jerarquizados” (unidades asistenciales dirigidas por un Jefe de Servicio), contribuyó al crecimiento de la influencia de este grupo de profesionales, que tuvo un papel protagonista en la oposición al régimen¹². En el período 1964-1976 el INP puso en funcionamiento 41.582 camas, mientras que la tasa interanual de crecimiento de médicos empleados en hospitales fue superior al 20% entre 1974 y 1978.

El éxito del “Seminario de Hospitales”, logrando la generalización del sistema de formación postgraduada de los médicos especialistas, coincide con el declive del vigor modernizador de los mismos. Se pueden identificar al menos tres etiologías para este declive. Un origen evidente del declive fueron los aspectos económicos, existiendo desde el inicio de su funcionamiento problemas en relación con su concierto para la prestación de servicios al INP⁽⁴⁾, problemas que no compartían con los hos-

(4) Véase, por ejemplo: Jiménez Díaz C. La Historia de mi Instituto. Madrid: Paz Montalvo. 1965.

pitales del INP, que disponían —en la práctica— de una financiación ilimitada. Otra causa fue el atractivo que los nuevos hospitales del INP, bien equipados y dotados, y su oferta de puestos de responsabilidad (Jefes de Departamento, Servicio, Sección) ejercieron sobre los jóvenes profesionales. Por último, el primer impulso de estos hospitales hacia la excelencia clínica y eficiencia en la gestión quedó frenado por una cierta endogamia, reduciendo la incorporación de jóvenes talentos formados en el extranjero o en otros hospitales, lo que había sido una política explícita y activa en su inicio.

Un aspecto que —por la proyección que pueda tener sobre la situación actual— debe ser subrayado, es que el grupo de profesionales defensores de un servicio nacional de salud compartía con la corporación médica la crítica a la “burocratización” del sistema sanitario de la Seguridad Social y, en general, abogaban por formas de “autonomía de gestión”. Sin embargo, la progresiva hegemonía de los hospitales del INP, que tenía una marcada tendencia a la uniformidad, tendía a la implantación de sistemas organizativos y de gestión alejados de cualquier modelo basado en la autonomía de gestión y evaluación por resultados. Esta tendencia organizativa hacia la uniformidad prevalecería en las instituciones sanitarias que sucedieron al INP: INSALUD y, posteriormente, los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

El fracaso de la oposición de la corporación médica a la Ley General de Sanidad¹³, así como la incorporación de un notable número de líderes médicos defensores del servicio nacional de salud a puestos de responsabilidad en la sanidad pública en el primer gobierno del PSOE, modificaría las relaciones de fuerzas dentro de los médicos, sus posicionamientos en relación con el modelo de sistema sanitario, así como la percepción que de los problemas de la sanidad pública tenían aquellos que, a partir de 1982, se incorporarían a la tecnoestructura del sistema.

1.1.4 La sanidad asturiana antes de la Ley General de Sanidad

Es obligado, en el inicio de este apartado y como antecedente lejano, hacer referencia al discurso de ingreso de Juan Luis Rodríguez-Vigil en el Real Instituto de Estudios Asturianos, sobre los antecedentes del sistema sanitario asturiano (1833-1930)¹⁴. El lúcido y reciente trabajo de análisis político de este mismo autor sobre el Sistema Nacional de Salud³ no contiene referencias específicas a la evolución del sistema sanitario asturiano, aunque las reflexiones en él contenidas, y específicamente aquellas referidas a un aspecto nuclear del mismo (el relativo a la coordinación del sistema) se nutren de su experiencia y conocimiento como Consejero de Sanidad y Presidente del Gobierno del Principado de Asturias.

En 1986 la sanidad asturiana participaba plenamente de los rasgos de la sanidad española antes de la Ley General de Sanidad, no existiendo elemento diferencial significativo⁴, acogiendo Asturias uno de los hospitales pioneros de la mejora de la calidad científica en España: el Hospital General de Asturias⁸.

La historia de los antiguos hospitales: General de Asturias y Residencia Sanitaria Nuestra Señora de Covadonga, inaugurados ambos en 1961, es la de la duplicación y diferente concepción de los dos modelos sanitarios que estuvieron pugnando hasta la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986, compartiendo ambos hospitales las tendencias ya descritas. Hay que esperar hasta 1987, ya en el siguiente período en el que se ha dividido este análisis de antecedentes, para que se celebrara el Convenio de Coordinación entre el Hospital General y el Hospital Nuestra Señora de Covadonga (1987) y la constitución, en 1990, del Hospital Universitario Central de Asturias.

No debe dejar de subrayarse la relevancia que el Hospital General de Asturias tuvo para la mejora de la calidad de la sanidad asturiana, situándose entre los centros pioneros de la medicina científica y la formación profesional de postgrado tutelada y con asunción progresiva de responsabilidad (lo que daría lugar al nacimiento del "sistema MIR") en España. Como contrapartida, el hospital-centrismo era, como en el resto de España, una característica que existía y que probablemente se transmitió al heredero del Hospital General, el Hospital Universitario Central de Asturias⁽⁵⁾.

Como en el resto de España, la atención primaria era el servicio peor valorado y estaba constituido por la red de médicos y otros profesionales de la seguridad social y, especialmente en el ámbito rural de la asistencia pública domiciliaria.

1.2 El impulso de los 80. Reforma y crisis. Desarrollo de servicios y mapa sanitario de Asturias^{1,2}

El período que transcurre desde octubre de 1977 (Pactos de la Moncloa) a octubre de 1982 (mayoría absoluta para el PSOE en las elecciones generales) estuvo dominado, en cuanto a la política sanitaria se refiere, por el debate sobre la reforma sanitaria; sin embargo, otras prioridades más acuciantes de la transición española se impusieron en la agenda política.

La postergación de la reforma sanitaria de la agenda política no significa que el período de la transición fuera yermo. A este período corresponde la creación del Ministerio de Sanidad y Consumo (1977); el intento de desarrollar un Mapa Sanitario (1978), que evitara la duplicación y solapamiento de recursos; el establecimiento del sistema MIR como forma de acceso a la especialidad (1978); las normas provisionales de gobierno de los hospitales y administración y garantías de los usuarios (1978); el desarrollo de presupuestos e indicadores de rentabilidad (de hospitales) (1978); y la

⁽⁵⁾ La relevancia del Hospital General y, posteriormente, del Hospital Universitario Central de Asturias, no sólo en la producción y reproducción de conocimiento sino especialmente también en relación con la concepción de la sanidad y el hospital, la ética profesional y la responsabilidad social de los profesionales que forma y que posteriormente se emplean en toda la red sanitaria pública de Asturias, es aún superior al impacto económico que este centro tiene y que representa aproximadamente la cuarta parte del gasto total de la sanidad pública asturiana.

creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (1979). Todas estas medidas, articuladas a través de Reales Decretos, respondían al deseo (más que a la realidad) de que el recién creado Ministerio de Sanidad tuviera una incidencia práctica sobre un sistema sanitario fragmentado, dentro del espíritu de las medidas racionalizadoras que la UCD impulsó durante este período.

La victoria del PSOE en las elecciones de 1982, logrando la mayoría absoluta, inauguró un período presidido por un importante ajuste económico (reducción del diferencial de inflación con la Comunidad Europea, reconversión industrial), que aumentó el desempleo (reconversión industrial, mecanización agrícola, y aumento del número de jóvenes buscando primer trabajo), acompañado de un importante reformismo social, en el que se inscriben las importantes reformas sanitarias del período. Tanto el ajuste económico como las reformas sociales tenían como norte la integración en la Comunidad Europea, objetivo compartido por todos los partidos políticos representados en el Congreso.

En un análisis sobre las políticas sanitarias de los gobiernos socialista y popular durante el período 1982-2000 se ha aventurado que las restricciones de los períodos de crecimiento lento o negativo de la economía parecen haber impulsado más eficazmente políticas de racionalización y, en este sentido, mejora del sistema sanitario público español, que las épocas de crecimiento económico importante, las cuales se han acompañado de políticas expansivas, que han evitado enfrentarse a los problemas de calidad y eficiencia del sistema^{2,15}. Los 80 se corresponden con un período de crecimiento lento de la economía y políticas de racionalización del sistema sanitario desarrolladas por los gobiernos socialistas (1982-1986) y un período de crecimiento rápido de la economía y crisis de la reforma sanitaria socialista (1986-1991).

1.2.1 1982 a 1986. Ley General de Sanidad

El programa del PSOE en sanidad establecía como objetivo más relevante la creación de un servicio nacional de salud, con las características de financiación pública, cobertura universal y gestión pública; otro objetivo importante era la reforma de la atención primaria, que era el servicio menos valorado por la población, inspirándose para esta reforma en las propuestas de potenciación de este nivel de atención desarrolladas por la OMS en la Conferencia de Alma-Ata, en 1978.

Siendo los objetivos fundamentales la creación de un servicio nacional de salud y la reforma de la atención primaria, no eran los únicos contemplados en el programa sanitario del PSOE para las elecciones de 1982, otros aspectos relevantes eran: la introducción de criterios de gestión empresarial y controles de calidad, el establecimiento de órganos de gobierno participativos, el desarrollo de una política de remuneraciones y turnos de personal, y la exigencia en el cumplimiento de horarios e incompatibilidades, todos ellos instrumentos dirigidos a aumentar la “competitividad” de los hospitales y “hacer que renazca la ilusión perdida, con toda justificación, por sus profesionales...”⁽⁶⁾.

(6) Programa Sanitario del PSOE para las elecciones de 1982, en J. Elola. Crisis y reforma...¹.

La resistencia de los sectores pro-seguros sociales a la aprobación de la Ley General de Sanidad fue, como se ha comentado, muy importante. Dentro de la administración socialista también existieron notables resistencias, principalmente desde la tecnoestructura de la Seguridad Social, a la transformación del sistema en un servicio nacional de salud. Todos estos factores contribuyeron no sólo a dilatar la tramitación de la Ley General de Sanidad, sino a dejar aparcados aspectos nucleares del modelo como: 1. el cierre del modelo, dejando para una integración en el Sistema Nacional de Salud residuos del antiguo sistema de Seguros Sociales, como los regímenes mutualistas de funcionarios (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) o la colaboración de empresas en la gestión de la asistencia sanitaria; 2. la transferencia del INSALUD a las Comunidades Autónomas (las transferencias del INSALUD a Cataluña —1981— y Andalucía —1984—, fueron realizadas antes de la Ley General de Sanidad, al asumir la gestión de ese servicio de Seguridad Social, y el mecanismo quedó inalterado); 3. el sistema de financiación (que siguió siendo el de Seguridad Social); y 4. prácticamente todos aquellos relativos a la gestión, como la personalidad jurídica del propio Sistema Nacional de Salud —inexistente—, las formas de gestión organización y gestión de las áreas de salud y los hospitales, o la gestión del personal.

Los sindicatos, en especial UGT —que aportaba diputados socialistas al Congreso—, también optaron por mantener el *status quo* del personal, abogando (la ejecutiva confederal se limitó a aceptar el criterio de la rama de sanidad) por la pervivencia de los obsoletos “estatutos” de personal (el del personal médico databa de 1966) hasta que se aprobara un “Estatuto Marco”, en lugar de reintegrarse al marco laboral, que era la posición defendida por el Ministerio de Sanidad. Asimismo, los sindicatos eran ambiguos en relación con la integración en el Sistema Nacional de Salud de las formas de aseguramiento privado con financiación pública.

La aprobación de la Ley General de Sanidad y la universalización de la cobertura de asistencia sanitaria (la cobertura de Seguridad Social pasó del 82% al 93,4%) son, junto al inicio de la transformación de los antiguos ambulatorios y consultorios en los modernos centros de salud⁽⁷⁾ (partiendo de prácticamente 0, en 1986 se habían puesto en funcionamiento 259 equipos de atención primaria en el ámbito de INSALUD gestionado por la Administración Central del Estado), los grandes logros de esa legislatura. Estos avances se realizaron en un marco de fuerte restricción presupuestaria. De hecho, un objetivo proclamado por el equipo de Lluch era reducir la tasa del gasto sanitario sobre el PIB, cuando en realidad este indicador era inferior al de la media de los países de la Comunidad Europea.

La reducción del gasto sanitario (en términos de su participación en el PIB y en gasto real por persona protegida) se hizo a expensas de la reducción de los salarios reales en el sector, la congelación de las inversiones y la reducción de los conciertos. Ninguna de estas medidas tiene relación

(7) El Real Decreto 137/1984, sobre Estructuras Básicas de Salud, es el hito fundamental de la reforma de la atención primaria, basada en equipos de atención primaria que trabajan en un centro de salud.

con el aumento de la eficiencia o productividad, eran meras restricciones de un presupuesto fuertemente centralizado. Presupuesto y gasto no tenían relación alguna en el INSALUD, en una práctica perversa heredada de las arcaicas formas de gestión del INP/Seguridad Social en la época de la UCD, que se prolongaría hasta el inicio de los años 90. Los presupuestos de los “centros de gasto” (hospitales, ambulatorios) no tenían relación con el gasto real ni con los objetivos de gestión. Las asignaciones presupuestarias a cada centro se incrementaban en el porcentaje que la Seguridad Social decidía poner en su presupuesto de gastos (el Ministro Lluçh definió el presupuesto de INSALUD como el “residuo de un residuo”). La falta de relación entre presupuesto y gestión real se cobraría un duro peaje años más tarde, en términos de desconfianza sobre la capacidad de la sanidad pública para controlar sus gastos.

A pesar de la indudable brillantez de los logros alcanzados con los escasos recursos disponibles, la legislatura pasó inédita en los aspectos de descentralización y mejora de la eficiencia de gestión, al no lograr Francesc Raventós, Director General de INSALUD durante la primera legislatura socialista, desarrollar sus iniciativas en este sentido. No se consiguió una mayor autonomía de gestión del INSALUD respecto de la Seguridad Social. Sin un INSALUD autónomo, difícilmente se podía conferir algún grado de autonomía de gestión a los centros sanitarios y, por tanto, de participación real de los profesionales en la gestión. La Ley General de Sanidad recogió en su artículo 69: “En los servicios sanitarios públicos se tenderá hacia la autonomía y control democrático de su gestión, implantando una dirección participativa por objetivos”.

El mismo fin que la autonomía de gestión tuvieron los aspectos referidos a la participación ciudadana. La aplicación de la Ley de Incompatibilidades dentro del sistema sanitario público —con la oposición de los Colegios de Médicos— contribuyó a racionalizar un sistema caótico, que posibilitaba tener dos o más puestos en la administración y servicios públicos, a tiempo completo y con solapamiento de horarios; sin embargo, la aplicación de la Ley de Incompatibilidades obedecía más a la aplicación de la lógica de un proceso de “funcionarización”, atrayendo a la sanidad hacia formas de funcionamiento de la administración pública, que a un objetivo de mejora de la gestión.

La libertad de elección de médico quedó limitada, en un contexto de restricción presupuestaria y de planificación de la oferta, al ámbito del centro de salud, y las estructuras y procesos de participación ciudadana fueron relegados, en la Ley General de Sanidad y en la práctica, al plano teórico. Una decisión del propio diseño de la Ley General de Sanidad fue apartar —con la oposición de la Federación Española de Municipios y Provincias y del Partido Socialista Catalán— a los Ayuntamientos de la gestión en sanidad, centralizando la gestión en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y en el propio INSALUD mientras no estuviera transferido, lo que probablemente contribuyó a reducir los ámbitos de participación ciudadana. La tradición municipalista y la gestión compartida mediante la formación de consorcios evitó en Cataluña este proceso de centralización de la gestión.

A pesar de los importantes avances para garantizar efectivamente el derecho a la protección de la salud (Ley General de Sanidad, atención primaria), la falta de capacidad para cerrar definitivamente el modelo sanitario, la ausencia de reformas en la gestión y la incapacidad de articular una participación ciudadana y del personal de salud en las instituciones sanitarias públicas, traducían un equilibrio entre la voluntad política de la reforma y la resistencia al cambio de agentes con importante poder dentro del sistema sanitario público (Seguridad Social, Colegios de Médicos, etc.). Este equilibrio se extendía también a la Ley del Medicamento (uno de los puntos importantes del programa electoral del PSOE y asignatura pendiente de los Acuerdos de la Moncloa), cuya aprobación se pospuso hasta 1990, soportando Lluch y su equipo importantes presiones de la industria farmacéutica.

1.2.2 1986-1991. Crisis de la reforma

Esta etapa está caracterizada, en el plano económico, por un importante crecimiento (4,3% como media de crecimiento interanual del PIB) que se acompañó de una notable creación de puestos de trabajo, y en el plano social por un aumento marcado del gasto, que corrió paralelo con un creciente malestar sindical, que quería resarcirse de la “deuda social” del período restrictivo anterior. Este malestar culminó en la huelga general de diciembre de 1988, así como con la quiebra de la relación que mantenía históricamente UGT con el PSOE.

Un análisis de las políticas sanitarias de este período revela la incapacidad para afrontar los retos pendientes de la etapa anterior, en especial los relativos a la mejora de gestión y aumento de participación. El ministerio de García Vargas estuvo marcado por la huelga de médicos de hospitales de 1986 y por la inexistencia de una política sanitaria claramente definida. De hecho, dos años después de aprobar la Ley General de Sanidad que creaba un modelo basado en el servicio nacional de salud, García Vargas abogaba por una “sanidad mixta”, inspirada en el modelo de competencia de seguros de MUFACE, y un grupo de sus altos cargos, responsables a su vez de la política sectorial del PSOE, definían —sin ofrecer alternativas— al sistema sanitario como “obsoleto, incómodo e ineficiente”⁽⁸⁾. La sanidad desapareció prácticamente de la agenda política del gobierno. Esta crisis de políticas condujo, a finales de este período, a delegar en una comisión de expertos (la Comisión Abril) el análisis y las propuestas de reforma del sistema sanitario español. La propuesta parlamentaria de crear la comisión fue inspirada desde el Ministerio de Sanidad, y presentada en enero de 1990 por el Centro Democrático y Social; la comisión de expertos fue presidida por Fernando Abril Martorell —de quien tomó el nombre por el que se la conoce—, quien fue Vicepresidente de los Gobiernos de la Unión de Centro Democrático.

Desde la perspectiva de la construcción del Sistema Nacional de Salud, los aspectos más señalados fueron las transferencias del INSALUD a las Comunidades Autónomas de Galicia, Navarra, País

⁽⁸⁾ Documento de Teruel. El Médico, 6.XI.1987.

Vasco y Valencia; la modificación del sistema de financiación del INSALUD, que pasó a ser financiado en 1989 mayoritariamente mediante impuestos; y la “culminación”⁽⁹⁾ de la universalización de la asistencia sanitaria extendiendo la cobertura al antiguo colectivo de beneficencia. Los Pactos de Toledo comenzaron, en lo que a financiación sanitaria se refiere, en 1989.

La Ley del Medicamento, aprobada en 1990, al final de la segunda legislatura socialista, es probablemente un hito de la gestión de García Vargas, aunque en su tramitación se dejaron, para ser abordadas con posterioridad, importantes medidas como la desvinculación entre el registro del medicamento y su financiación pública, el desarrollo de genéricos, la utilización de precios de referencia, o un control más riguroso sobre los ensayos médicos y sobre la información e incentivos de la industria farmacéutica a los profesionales.

En el plano de la gestión, las reformas organizativas y de gestión introducidas en los servicios centrales, en las áreas de salud y en los hospitales, contribuyeron al aumento de una tecnoestructura burocrática (gerencialismo) que se acompañó de una disminución del poder real de los médicos, en especial en los hospitales, así como a dejar en segundo plano la participación ciudadana como un componente esencial del modelo sanitario que se propugnaba. Las modificaciones que se introdujeron en los estatutos de personal a raíz de la huelga de médicos fueron aproximando los obsoletos estatutos a una relación casi funcionarial, sin que se produjera un debate sobre el tipo de relación más adecuada.

Entre los aspectos destacados de los acuerdos con los médicos se sitúan la introducción de la dedicación exclusiva, vinculada a la percepción de un complemento salarial (“específico”), y un complemento de productividad, en relación con el logro de objetivos, cuya tendencia ha sido —en la negociación entre INSALUD y sindicatos— la distribución lineal del mismo. El complemento específico estaba teóricamente vinculado a una mayor disponibilidad para el sistema (con la posibilidad de hacer turnos de tarde), e impedía simultanear su percepción con la práctica privada. Unas relaciones contractuales más flexibles que el régimen funcionarial, hubieran dado una solución práctica a estos dos aspectos (flexibilidad laboral y clarificación de las relaciones público/privado) más acorde con los intereses de los médicos y del propio sistema. En la práctica, no sólo no se utilizó el complemento específico para mejorar el rendimiento de los servicios sanitarios públicos, sino que se alentó su incumplimiento por parte de algunos responsables de la política y de la gestión sanitaria.

Durante esta etapa se hicieron evidentes algunos rasgos que las restricciones presupuestarias de la etapa anterior habían ocultado: las desviaciones presupuestarias (el presupuesto del INSALUD era sistemáticamente inferior que el gasto del ejercicio anterior), el crecimiento del gasto por enci-

(9) Como se desarrolla más adelante, no existe una completa “universalización” de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en el SNS.

ma del crecimiento de la economía, la incapacidad de controlar el gasto farmacéutico y el continuo aumento de la demanda de servicios sanitarios. Todos ellos confluían en una imagen de descontrol del gasto sanitario público (que creció un punto —del 4,5 al 5,5%— en su peso sobre el PIB), lo que constituía una amenaza para la integración de España en la Unión Monetaria Europea. Al haber recursos importantes, se avanzó de forma muy notable en la extensión del nuevo modelo de atención primaria, así como en la construcción y equipamiento de hospitales, especialmente en los cinturones de las grandes ciudades, y en la remodelación arquitectónica de algunos, que habían sido construidos en los años 60, en el “boom” del INP, y que presentaban problemas estructurales y funcionales, tras largos años de muy bajas inversiones en sanidad.

Los intentos reformistas de la organización y gestión del INSALUD, en el sentido de diferenciar las funciones de aseguramiento y provisión de servicios y otorgar autonomía de gestión a los centros sanitarios, precursores de algunas de las propuestas del Informe Abril y del intento de reforma de García Valverde, no progresaron.

En una evaluación realizada al final de esta etapa, se habían sustituido, a mi juicio, los conceptos de eficiencia por economicismo; de evaluación y calidad por aumento de servicios; de gestión por gerencialismo; y de participación por burocracia¹.

Resulta paradójico que el período 1986-1991, en el que más rápidamente creció el gasto sanitario público, se cerrara con una imagen de confusión en las políticas y descontrol del gasto que lastraban gravemente la viabilidad del Sistema Nacional de Salud, así como una crítica por parte de algunos de los actores de la reforma por lo “que pudo ser y no fue”¹⁶.

1.2.3 La sanidad asturiana en los 80. Mapa sanitario y expansión de servicios

La década de los 80 representó un período de notable expansión de los servicios sanitarios públicos en Asturias. Partiendo de una potente infraestructura hospitalaria ya existente⁽¹⁰⁾, durante este período se refuerza con los Hospitales de Cangas y Jarrío, y se hace un notable esfuerzo en la implantación de las reformas de la atención primaria de salud y de la salud mental^{(11),17,18}.

(10) Hospitales Nuestra Señora de Covadonga, General de Asturias, Instituto Nacional de Silicosis y Hospital Monte Naranco, en Oviedo; Cabueñes, en Gijón; San Agustín, en Avilés; Álvarez Buylla, en Mieres; y Valle del Nalón, en Langreo.

(11) No se han podido encontrar referencias comparativas entre Asturias y resto de España de cobertura de población por equipos de atención primaria a finales de este período. En 1992, el 56% de la población asturiana estaba cubierta por equipos de atención primaria, situándose en la media del INSALUD gestión directa (56%) y por encima del conjunto del Sistema Nacional de Salud (50%) (referencia 17). En 1984 el Gobierno del Principado crea, mediante Decreto, la Dirección Regional para la reforma de la salud mental y en 1986 el Decreto 116/1986 regula la organización y funcionamiento de la salud mental en Asturias (referencia 18).

Como se ha comentado, en 1987 se suscribe, impulsado por Juan Luis Rodríguez-Vígil, entonces Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, y Eduardo Arrojo, Secretario General de Asistencia Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo y Presidente Ejecutivo del INSALUD, el Convenio de Coordinación entre el Hospital General y el Hospital Nuestra Señora de Covadonga, lo que daría lugar, en 1990, a la constitución del Hospital Universitario Central de Asturias.

La promulgación del mapa sanitario de Asturias (Decreto 112/1984) fue un indudable hito de este período y su división en ocho áreas sanitarias ha permanecido invariable hasta la actualidad. Un aspecto que debe ser resaltado es la explícita vocación de ordenación territorial de la atención primaria que tenía esta norma.

1.3 La sanidad en los años 90. Fracaso de los intentos reformistas y establecimiento de los pilares del sistema sanitario público de Asturias

1.3.1 Los intentos reformistas de la última etapa de gobiernos socialistas en la Administración Central del Estado (1991-1996)

El “Informe Abril” tenía varias virtudes: 1. haber sido elaborado por un comité de expertos que, a su vez, recabó la opinión de un amplio abanico de agentes institucionales, sociales y personalidades; 2. dar cabida a un espectro amplio de ideologías políticas, con lo que teóricamente se pretendía facilitar el acuerdo político para las reformas que fueran precisas; y 3. abordar de forma abierta los problemas de asistencia sanitaria.

El intento reformista del “Informe Abril” fracasó tanto por razones de procedimiento como de fondo: 1. el informe se presenta al Ministro de Sanidad (Julián García Valverde) en lugar de hacerlo en sede parlamentaria; 2. inmediatamente se convierte en arma política arrojada, atribuyendo al gobierno ser el inspirador de las medidas propuestas (algunas muy impopulares); 3. la decisión ministerial de no desmarcarse de aquellas medidas que, siendo su eficacia discutible, no eran compartidas por el equipo ministerial y era inviable el consenso social (por ejemplo: contribución del usuario), para de este modo mantener un debate sobre la totalidad del informe; y 4: las propuestas en sí mismas.

El “Informe Abril” contenía 64 recomendaciones¹⁹, en las que se mezclaron aquellas (generalmente las referidas a la gestión) sobre las que existía acuerdo entre amplias capas profesionales y agentes políticos con otras cuya eficacia para la mejora del sistema era más que discutible y que, además, concitaban un importante rechazo en la sociedad. Entre las medidas más destacadas se pueden señalar:

- Mejoras de la gestión:
 - Separar aseguramiento de provisión.
 - Autonomía de gestión de hospitales (“empresas públicas”).
 - Vincular financiación a actividad.
- Favorecer la gestión privada del aseguramiento.

- Contribución del usuario.
- Participación de los pensionistas en el coste de las recetas.
- Limitar las prestaciones públicas a las de 1986.
- Desarrollo tecnológico gestionado por el sector privado.

Existía una línea de razonamiento en el Informe Abril que entroncaba con las necesidades de reforma detectadas en relación con la organización y la gestión del sistema sanitario público. El Informe Abril coincidía con las propuestas reformistas de la sanidad en la necesidad de diferenciar las funciones de aseguramiento y provisión de los servicios (lo que contribuiría a descontaminar del pesado lastre del derecho administrativo la gestión de los servicios sanitarios) y darle a los centros, en especial a los hospitales, una autonomía de gestión, de tal forma que fueran empresas públicas de servicios. Este enfoque, que se planteaba desde un acercamiento técnico, tenía (y sigue teniendo) un correlato político: la descentralización de la gestión, además de ser un posible instrumento para la mejora de la eficiencia de los servicios sanitarios públicos es, desde la perspectiva política, un medio necesario para reequilibrar la distribución del poder dentro del Sistema Nacional de Salud, facilitando la transparencia en la gestión y posibilitando la participación de los profesionales y de los ciudadanos, déficits democráticos heredados, como se recordaba en el capítulo del antiguo INP.

La corta gestión de Julián García Valverde al frente del Ministerio de Sanidad estuvo caracterizada por un notable impulso reformador: acercó la política sanitaria a la política general del Gobierno, precisamente a través del talón de Aquiles de la sanidad pública —su fama de despilfarradora—; hubo una concertación entre el Ministerio de Sanidad y el de Economía sobre las líneas generales para disciplinar presupuestariamente al INSALUD; el Programa de Convergencia con la Unión Europea (Ministerio de Economía y Hacienda; 1992) estableció una relación entre disciplina presupuestaria y las reformas en la gestión del INSALUD, que contemplaban la diferenciación de funciones y la autonomía hospitalaria; y se empezó a trabajar desde el Ministerio de Sanidad en el desarrollo de las herramientas de gestión (en especial los sistemas de información) para hacer posible estas transformaciones; ya en 1991 se simuló un “contrato-programa” entre el Ministerio de Sanidad (financiador), INSALUD (asegurador) y hospitales y áreas de salud (proveedores de servicios), que tuvo la virtud de desacelerar la tasa de crecimiento del gasto en los centros sanitarios, al establecer compromisos sobre la base del gasto real del ejercicio anterior y las proyecciones de 1990, lo que significaba, por primera vez desde que en diciembre de 1978 se creara el INSALUD, prescindir de la asignación prácticamente mecánica del presupuesto a los centros de gasto. El “contrato-programa” y el desarrollo de los instrumentos de gestión (proyecto SIGNO, entre otros) tenían por objetivo fortalecer la gestión de los hospitales, así como posibilitar su evaluación externa, en un escenario de progresiva autonomía de gestión, hasta que pudieran gestionarse autónomamente^{20,(12)}.

(12) Los contratos-programa con los hospitales de INSALUD gestión directa se adaptaron del modelo de contratos de los hospitales del National Health Service del Reino Unido, que ya había iniciado un profundo proceso de reforma que se prolonga hasta la actualidad. El contrato-programa era un instrumento más dentro de un conjunto amplio de medidas, incluida dentro de ellas la propia concepción de la reforma, que actuaron de forma sinérgica para aumentar notablemente la eficiencia del sector público.

Un aspecto que probablemente debe resaltarse, frente a un cierto escepticismo que proclama la imposibilidad de introducir mejoras en la eficiencia en el sistema sanitario público, es la eficacia que la introducción de los contratos-programas y el resto de las medidas impulsadas por el equipo García Valverde tuvieron^{21,22}.

El impulso del equipo García Valverde culminó en una propuesta de reforma de la organización y gestión del INSALUD, que pretendía dotar a esta entidad de personalidad jurídica sometiendo parcialmente su gestión al derecho privado (una modificación similar a la que había adoptado el Servicio Catalán de la Salud y que más tarde desarrollaría el Servicio Vasco), otorgando progresivamente autonomía de gestión a los hospitales, que se transformarían en empresas públicas. Un antecedente, también fracasado, de este intento se trató de implantar a finales de los 80 en la Dirección Provincial del INSALUD en Madrid, impulsado por dos asturianos (Eduardo Arrojo y Francisco Ortega —entonces Director Provincial del INSALUD en Madrid—)¹⁶.

La propuesta de García Valverde fracasó más por la oposición interna dentro del Gobierno (no hubo una labor suficiente de trabajo previo para convencer de la bondad de la alternativa a departamentos claves, como Economía y Hacienda, Seguridad Social, Administraciones Públicas y Presidencia) y del aparato sectorial del PSOE, que por la oposición sindical, pues el Ministerio de Sanidad había alcanzado un preacuerdo para realizar la transformación, respetando los “derechos adquiridos” del personal del INSALUD. De forma contradictoria, transformaciones similares habían sido impulsadas por los gobiernos socialistas en parcelas de la administración pública, como la administración de Hacienda (Agencia Tributaria), o en Comunidades Autónomas con gobierno socialista, como Andalucía, que configuró como empresas públicas a los hospitales que iba poniendo en funcionamiento, y agrupó la gestión de las emergencias en otra empresa pública.

La dimisión del Ministro García Valverde supuso el abandono definitivo del proyecto de reforma de la gestión de INSALUD, en un contexto político enrarecido y un ciclo económico, primero, depresivo (crecimiento del PIB de 0,7% en 1992, y -1,6% en 1993), y posteriormente (con crecimientos interanuales del PIB ligeramente por encima del 2%) marcado por la acuciante necesidad de reducir el déficit público para cumplir con los parámetros de convergencia con los países de la Unión Europea.

A pesar del fracaso en la propuesta de la reforma, el impulso dado por el empuje reformista de García Valverde se prolongó hasta 1996, por lo que esta etapa, a pesar de las enormes dificultades que tuvieron José Antonio Griñán y María Ángeles Amador, tanto políticas como económicas (restricción presupuestaria) y sociales (la segunda huelga de médicos en la etapa socialista se convocó en 1995), se la puede caracterizar como la de consolidación del Sistema Nacional de Salud, aunque sólo fuera por dos aspectos: el Acuerdo de Financiación del Sistema Nacional de Salud para el período 1994-1997, que estableció un procedimiento específico de asignación de recursos para sanidad, vinculados al crecimiento del PIB y distribuidos entre las Comunidades Autónomas en función de la población protegida; y el Real Decreto de Ordenación de las Prestaciones del Sistema

Nacional de Salud, que estableció el marco subjetivo de protección del sistema sanitario público, al que tenían derecho todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia. Ambos aspectos: financiación y cobertura subjetiva dotaron al Sistema Nacional de Salud de una cierta entidad de la que había carecido desde su creación en 1986.

Incluido en el concepto de definición de las prestaciones, el Real Decreto de Financiación Selectiva del Medicamento, aprobado en 1993 con un amplio consenso social y el rechazo de los partidos de la oposición (quienes lo denominaron “medicamentazo”) contribuyó, junto con otras medidas (reducción del margen comercial de las oficinas de farmacia; aumento de la contribución de la Industria Farmacéutica a la financiación del sistema sanitario público) a reducir de forma notable, aunque pasajera (1993 y 1994) las tasas de crecimiento del gasto farmacéutico. El “medicamentazo” estableció, además, dos principios cuya plasmación se había demorado desde los Acuerdos de la Moncloa (1978): la desvinculación del registro de un medicamento (para que pueda ser comercializado) y su financiación por el Sistema Nacional de Salud (en función, por ejemplo, de la relación entre su coste y eficacia); y el de excluir de financiación pública medicamentos de dudosa eficacia terapéutica.

Otro factor contribuye a definir esta etapa como la de consolidación del Sistema Nacional de Salud. A partir de 1991, las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas mostraron de forma consistente que la opinión pública española había modificado radical y positivamente su apreciación sobre el sistema sanitario: el 75% o más de los ciudadanos apoyaban el modelo del Sistema Nacional de Salud (aunque la mayoría creía que debían introducirse cambios en su organización y funcionamiento), en comparación con el 75% de ciudadanos que, antes de la aprobación de la Ley General de Sanidad, creía que se debería remodelar completamente. Este cambio radical en la opinión de los ciudadanos se acompañaba también de una notable mejora de la opinión pública sobre la atención primaria (nuevo modelo), que pasó a ser el servicio mejor valorado.

Desde la perspectiva de la descentralización, la transferencia del INSALUD a Canarias completó la devolución de competencias sanitarias plenas a las Comunidades Autónomas del artículo 151 de la Constitución Española y asimiladas. Es decir, aquellas que sus estatutos fundacionales preveían la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. A partir de entonces la Administración Central gestionó, hasta 2002, a través del INSALUD la asistencia sanitaria para el 39% de la población española, y las siete Comunidades Autónomas con competencias sanitarias plenas, el 61% restante. En cuanto a la integración, prevista en la Ley General de Sanidad, de los distintos regímenes de cobertura públicos en el Sistema Nacional de Salud, se integra la MUMPAL (mutualidad de funcionarios de la administración local) en el régimen general de la Seguridad Social, si bien algunos ayuntamientos mantienen el régimen de concertación con las entidades de seguro libre para la provisión de asistencia sanitaria.

Se debe señalar que el fracaso de los intentos reformistas en España corría paralelo a la implantación de reformas de carácter estratégico en los sistemas sanitarios de aquellos países que habían

servido de modelo para el “sistema nacional de salud” español: Reino Unido (Working for Patients, 1989)²³ y Suecia²⁴. En un trabajo de comparación de sistemas sanitarios señalaba, en relación con estas reformas, que²⁵:

“Reino Unido y Suecia parecen haber hallado vías comunes para superar la relación de sustitución entre control de costes, equidad y eficiencia (las ventajas más señaladas de los sistemas basados en los servicios nacionales de salud), por un lado, y satisfacción de los usuarios (el mayor inconveniente de los sistemas de “dirección y control”), por otro²⁶. El Reino Unido y Suecia no han modificado las funciones de financiación (por impuestos) y aseguramiento (universal) de sus sistemas sanitarios; sin embargo, ambos países están creando redes de proveedores, mediante un proceso de separación de la gestión de los servicios sanitarios de la gestión directa de sus estructuras centrales. Este proceso debe posibilitar una mayor competencia como incentivo para una mejor gestión de los servicios y dar poder a los usuarios para elegir entre proveedores. Estas tendencias parecen estar sustentadas en el deseo de satisfacer las crecientes demandas de la población, especialmente de la clase media, manteniendo el control sobre los costes del sistema²⁷, siendo una posible salida al dilema entre control de costes y satisfacción de los usuarios”.

1.3.2 Las políticas sanitarias del PP en la Administración Central del Estado (1996-2002)

En contraste con el largo período de gobiernos socialistas, los gobiernos del PP gozaron de un favorable entorno económico —que se ha prolongado hasta 2008—, que facilitó especialmente durante la primera legislatura su labor, tanto en el plano político como económico (crecimiento sostenido: 4% como media del crecimiento anual en los años 1996-2002) y social (acuerdos sindicales y con la patronal en materia de Seguridad Social y legislación laboral).

Los ejes de la política del Ministerio de Sanidad durante la etapa 1996-2000, que más subrayó el ministro Romay como logros de su gestión, fueron el aumento de la financiación para la sanidad, amparándose en la aplicación del Acuerdo de Financiación para el Sistema Nacional de Salud 1994-1997 (renovado para el período 1998-2001), y el aumento de las inversiones; las reformas en la gestión del INSALUD; y la reducción de las listas de espera.

Durante el primer gobierno del PP el Ministerio se organizó más como el gestor del INSALUD no transferido que como institución coordinadora del sistema, profundizando la escasa aplicación del Ministerio a esta tarea durante los gobiernos socialistas.

Una de las primeras medidas del Gobierno del PP fue promover la creación de una Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Mejora del Sistema Nacional de Salud, que lograra un acuerdo entre los distintos grupos parlamentarios sobre las medidas de reforma a introducir en la sanidad pública. Se trataba, en cierto modo, de reanimar el debate frustrado del Informe Abril. El trabajo de la Subcomisión sirvió para hacer patente que las posiciones de los distintos agentes y organizaciones en relación con la sanidad no se había modificado prácticamente desde los trabajos del Informe Abril.

El sistema de financiación de la sanidad para el período 1998-2001 era básicamente igual al anterior (crecimiento del gasto sanitario en la misma proporción que el PIB), e introdujo como fuente de financiación sanitaria el ahorro en el gasto por incapacidad laboral transitoria.

Un aspecto relevante sobre la financiación del Sistema Nacional de Salud es que a partir de los presupuestos de 1999 las cotizaciones sociales desaparecen como fuente de ingresos para el sistema. La financiación del Sistema Nacional de Salud vía impuestos (acordada por partidos políticos en el Pacto de Toledo sobre la Seguridad Social —1995—, y ratificada posteriormente por CCOO y UGT en el Acuerdo de octubre de 1996 con el gobierno del PP) culmina el cambio introducido en 1989, y se situaba en la vía de consolidación de un modelo de servicio nacional de salud. En este aspecto se siguió una directriz opuesta a la recomendación del Informe Abril, que creía ver en el mantenimiento de las cotizaciones sociales como fuente de financiación una forma de que los ciudadanos visualizaran de alguna forma el gasto sanitario.

El crecimiento del gasto farmacéutico durante esta etapa se mantuvo aún a pesar del recurso a una medida que en su día fue duramente atacada por el PP: la retirada de financiación pública de más de 700 medicamentos. El procedimiento elegido para elaborar la lista del nuevo “medicamentazo” varió, pues el gobierno del PSOE se basó en la opinión de los expertos de la Comisión de Uso Racional del Medicamento, y el del PP negoció directamente la lista con FarmaIndustria a partir de un objetivo de reducción del gasto.

En relación con la gestión, el Plan Estratégico del INSALUD (1998) se decantaba claramente por la autonomía de gestión de los hospitales y de las áreas de salud. La vía para la autonomía de gestión de los centros fue abierta por la Ley 15/1997, sobre nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, aprobada con el acuerdo de los Grupos Parlamentarios Socialista, de Convergencia i Unió, y del PNV, y que posibilitaba la gestión de los centros sanitarios públicos “a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho”. Comunidades Autónomas como Andalucía, Cataluña o el País Vasco, habían utilizado algunas de las formas jurídicas de gestión permitidas en la Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, en especial la de empresa pública y la de consorcio, para la gestión de algunos servicios, por lo que la Ley 15/1997 venía, en cierto modo, a dar carta de naturaleza para el conjunto del Sistema Nacional de Salud a algo que ya existía en las Comunidades Autónomas, permitiendo, a su vez, que se utilizara para la gestión de los servicios del INSALUD.

La Comunidad Valenciana puso en funcionamiento el hospital de Alzira mediante una concesión administrativa a un grupo de empresas (constructora y aseguradora sanitaria), otorgándolas la gestión del hospital durante diez años, mediante una tarifa abonada por la Comunidad por habitante de la comarca de La Ribera (unos 250.000 habitantes), en contraprestación a la inversión en la construcción y equipamiento del centro, así como a la cobertura de la atención especializada a todos los residentes en la comarca. Esta fórmula de privatización de la gestión encontró su amparo legal en el Decreto-Ley 10/1996, que preveía la gestión “indirecta” de los centros sanitarios públicos. Los

Hospitales de Manacor y Alorcón se pusieron en funcionamiento, antes de la aprobación de la Ley 15/1997, con la figura jurídica de fundación, que ya había sido empleada por el equipo Romay en Galicia para gestionar el hospital de Verín. A esta profusión de “nuevas formas de gestión” se añadió, al final de la primera legislatura del PP, las Fundaciones Públicas Sanitarias.

El modelo “Alzira” y la habilitación de las Fundaciones Públicas Sanitarias (Ley de Acompañamiento a los Presupuestos Generales del Estado para 1999) como forma jurídica de gestión de las prestaciones sanitarias públicas concitaron un notable rechazo, tanto político (PSOE e IU) como social (sindicatos, organizaciones ciudadanas). El reglamento que debía regular a las nuevas formas de gestión desde 1997 no fue aprobado hasta enero de 2000, una vez agotada la legislatura.

El Real Decreto sobre nuevas formas de gestión del INSALUD, aprobado en enero de 2000, regulaba los principios generales de organización, funcionamiento y marco de garantías de las “nuevas formas de gestión”, incluyendo las Fundaciones Públicas Sanitarias. Existía un hecho llamativo en la composición del Consejo de Administración de las nuevas formas de gestión: el Presidente de estos órganos colegiados de dirección era el Presidente Ejecutivo del INSALUD, quién además nombraba al gerente del hospital, y la abrumadora mayoría de sus miembros eran altos cargos del INSALUD. La autonomía de gestión quedaba, por tanto, reducida a la mera personalidad jurídica, pero no se producía transferencia de poder efectivo desde las instancias centrales a las “nuevas formas de gestión”, que quedan capturadas por el regulador.

En el marco de las medidas de gestión contempladas en el Plan Estratégico del INSALUD, se inició en 1998 un tímido intento de descentralización de la gestión en los “institutos”, constituidos por grandes unidades funcionales de los hospitales, agrupadas generalmente por procesos, dirigidas por un Jefe de la Unidad y apoyadas por una mínima estructura administrativa, que trataban de responsabilizar de una forma más directa a los clínicos en la gestión de los centros, a través del incentivo de una mayor autonomía organizativa, y una mayor disponibilidad sobre el destino de los recursos obtenidos por las mejoras en la eficiencia, principalmente en inversiones y formación continuada. En ausencia de una autonomía de gestión suficiente para los hospitales, la creación de institutos o unidades de gestión clínica era improbable —como así fue— que pudieran alcanzar el objetivo de aumentar la participación y responsabilidad de los profesionales en la toma de decisiones.

Los intentos reformistas del primer gobierno popular tuvieron muy escasa aplicación práctica en los centros sanitarios del INSALUD, que siguieron con su forma de gestión tradicional, excepto los nuevos hospitales puestos en funcionamiento durante esta etapa: las fundaciones de los Hospitales de Alorcón (1998), Calahorra (2001), Manacor (1997) y “Palma II” Sont Llaçer (2001), y fueron seguidos en la segunda legislatura del PP por dos medidas que cambiaron la configuración del Sistema Nacional de Salud: la oferta pública de empleo por la que se integraron como personal estatutario la mayor parte de los profesionales sanitarios que tenían un puesto interino, y la culminación de la transferencia del INSALUD a las Comunidades Autónomas.

La Ley 16/2001, de 21 de noviembre, de consolidación de empleo del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud, aprobada por unanimidad de los partidos políticos, perseguía terminar con la situación de interinidad de 11.504 médicos, que representaban el 38% del total de los médicos de INSALUD gestión directa. Con esta medida se reducían notablemente las posibilidades de buscar un marco de mayor autonomía de gestión de los centros sanitarios, profundizándose en la aplicación de las normas de la función pública en la gestión de los recursos humanos (la Ley de Incompatibilidades, el sistema retributivo y la ley de selección y provisión de plazas, fueron hitos en este proceso de “funcionarización”), sin un marco normativo específico (el “Estatuto Marco”, que contemplaba el artículo 84 de la Ley General de Sanidad, permanecía inédito) y en un escenario de transferencias a las Comunidades Autónomas. La manifestación de que la Ley 16/2001 sirviera como “punto de partida para el inicio del conveniente debate sobre la regulación normativa y el régimen jurídico más adecuado para el personal de la Sanidad pública de nuestro país”²⁸, parecía en ese contexto más la expresión de un deseo que la previsión de una posibilidad real.

1.3.3 El sistema sanitario público de Asturias inmediatamente antes de la transferencia del INSALUD

Como señala el informe que el Consejo Económico y Social del Principado de Asturias elaboró en 2003⁴, en Asturias, se compatibilizaron, de forma transitoria hasta el año 2002, dos Instituciones: el INSALUD, que gestionaba la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), creado por la Ley 1/1992, de 2 de julio. El SESPA se configuró como un ente de derecho público adscrito a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, dedicado a la realización de las actividades sanitarias y a la gestión de los servicios sanitarios propios de la Comunidad Autónoma, así como a la preparación organizativa para la asunción de las transferencias.

La estructura de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de 1999 asumía el esquema de la separación de las funciones de autoridad sanitaria de aquellas de provisión de servicios.

El Decreto 87/2001 modificó el Mapa Sanitario del Principado de Asturias, que había sido revisado en 1995 (Decreto 44/1995) y en 1989 (Decreto 117/1989), el cual ya incorporaba como centro de referencia del distrito 1 al Hospital de Jove, vinculado a la red del INSALUD mediante concierto sustitutorio.

En 1997 se pone en funcionamiento la Fundación Hospital Oriente de Asturias, que se integraría como centro hospitalario de referencia para el Área VIII en el Mapa Sanitario de 2001.

El desarrollo normativo inmediatamente posterior a la transferencia del INSALUD a la Comunidad Autónoma corresponde técnicamente a este periodo previo a las transferencias, estableciendo las bases del sistema sanitario público asturiano. Este desarrollo normativo se sustentaba básicamente sobre tres pilares: el Decreto 12/2002, de 8 de febrero, por el que se regula la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; el Decreto 13/2002, de 8 de febrero, por el que se regula la estructura orgánica de los Servicios Centrales del Servicio de Salud del

Principado de Asturias; y el Decreto 71/2002, de 30 de mayo, por el que se regulan la Red Hospitalaria Pública y la Red Sanitaria de Utilización Pública.

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios mantuvo la estructura básica con la que se diseñó en 1999, de separación de las funciones de Autoridad Sanitaria de aquellas de provisión de servicios. La creación de una Dirección Económico-Financiera a la que se atribuyó, entre otras competencias, “la dirección y control económico, financiero y presupuestario del Sistema Sanitario del Principado de Asturias y de sus servicios, ... y la autorización de los contratos programa con todos los centros y establecimientos con financiación pública”, unida a las competencias de la Dirección General de Ordenación de Servicios Sanitarios (con funciones de planificación y aseguramiento), reproducía, respecto del SESPA, el esquema organizativo empleado por Julián García Valverde en el Ministerio de Sanidad y Consumo, en su intento de descentralizar y dar autonomía de gestión a los centros dependientes del INSALUD. Se mantuvo el estatus de ente de derecho público dotado de personalidad jurídica propia que otorgaba la Ley 1/1992 al SESPA.

El Decreto 71/2002, de 30 de mayo, reguló la Red Hospitalaria Pública y la Red Sanitaria de Utilización Pública, previstas en la Ley 1/1992. La Red Hospitalaria Pública se define como “el conjunto integrado por los centros hospitalarios del sector público y los centros hospitalarios privados dependientes de instituciones o fundaciones sin ánimo de lucro que se vinculen a la misma mediante la formalización de un Convenio Singular”, mientras que la red sanitaria “integra todos los centros y establecimientos con financiación pública y está formada por la Red Hospitalaria Pública y los centros privados vinculados mediante concierto, convenio u otra forma de gestión integrada o compartida con el Servicio de Salud del Principado de Asturias”.

1.4 2002. Transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social al Gobierno del Principado de Asturias

Para enmarcar el proceso de transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad (INSALUD) al Principado de Asturias se revisarán, además del análisis elaborado en el apartado 1.3.3, tres aspectos: 1. los datos disponibles sobre la situación de los servicios del INSALUD inmediatamente antes de su transferencia; 2. el proceso de transferencia en sí mismo, que se denomina en este trabajo de “centrifugación” (descentralización sin instrumentos de coordinación); y 3. cuáles eran las expectativas en relación con este proceso.

1.4.1 Situación de los servicios inmediatamente antes de su transferencia

Parece relevante, para disponer de una perspectiva de la evolución tras las transferencias, disponer de un cuadro de situación a 31 de diciembre de 2001 de los servicios que se transfirieron en 2002.

Asturias experimentaba un proceso de pérdida de población, que se ha estabilizado en el período 2002-2008. En el período que transcurre desde la aprobación de la Ley General de Sanidad (1986)

a la transferencia de los servicios de INSALUD, la población asturiana disminuyó en algo más de 57.000 habitantes (-5%). Este fenómeno se había acompañado de un envejecimiento de la población, situándose en el 21,7% de la población los mayores de 65 años²⁹. El “Libro blanco de los servicios sanitarios asturianos” estimaba en 43.979 las personas mayores dependientes en 2001, de los cuales 3.472 serían dependientes totales.

La población protegida por el Sistema Nacional de Salud (excluyendo colectivos de las mutualidades de funcionarios) era, en Asturias, en 2001 de 1.039.011 personas^{(13),30}. El gasto sanitario “territorializado” de Asturias era en 2001 de 908 millones de €, lo que suponía que el gasto por persona protegida (874 €) era un 7,4% mayor en Asturias que la media del Sistema Nacional de Salud (incluyendo Comunidad de Navarra y País Vasco —814 €—). El gasto por persona protegida seguía siendo ligeramente mayor en Asturias cuando se ponderaba por el porcentaje de población mayor de 65 años (615:606 €).

El traspaso de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social se valoró (referido al ejercicio de 1999) en 750,6 millones de € (Real Decreto 1471/2001, de 27 diciembre), estimándose en 869,6 millones de € el gasto del SESPA en 2001⁽¹⁴⁾ (un incremento del 16% en dos años en términos monetarios). De conformidad con los datos de Laura Cabiedes, el gasto del INSALUD en Asturias había crecido un 33,7% en términos monetarios entre 1992 y 1999³¹.

La cobertura de la población por equipos de atención primaria en Asturias era, en 2001, del 92,1% frente a la media del INSALUD (gestión directa) del 91,95%^{(15),32} y las camas (incluidos los conciertos sustitutorios) por mil habitantes de 3,1 frente al 2,6 de la media del INSALUD. Incluyendo conciertos y camas de media y larga estancia la relación era de 4,3 frente a 4,2 camas por mil habitantes. En 1999, el “Libro blanco de los servicios sanitarios asturianos” cuantificaba en 3.688 el número de camas en la red de utilización pública, de las cuales 3.275 eran consideradas de agudos (3 camas por mil habitantes)²⁹.

Con datos de referencia de 1999²⁹, tomados del “Libro Blanco”, en atención primaria de INSALUD en Asturias trabajaban 2.446 personas, de las cuales 855 era personal facultativo, con una relación médico de atención primaria por habitantes de 1:1.583, frente a una ratio de 1:1.503 como promedio en INSALUD gestión directa. En la red hospitalaria de utilización pública trabajaban, en 1999, 10.581 personas, 1.893 de ellos titulados superiores correspondiendo el 92,5% de esa categoría a médicos²⁹.

(13) Para este dato y los que siguen se ha utilizado, salvo que se dé otra referencia, la publicación del Ministerio de Sanidad y Consumo: Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud. Datos y cifras. 2003.

(14) Fuente: Dirección de Gestión Económico-Financiera del SESPA⁴.

(15) Los datos asistenciales han sido obtenidos de un documento no publicado, facilitado por la biblioteca de INGESA: INSALUD. Memoria 2001 (primer borrador). Comisión Ejecutiva (13 de marzo de 2002).

Los datos de utilización de servicios de la Encuesta Nacional de Salud de 2001⁽¹⁶⁾, señalaban que la población asturiana tenía una frecuentación de consultas similar a la media de la población española (\approx 6 consultas por habitante y año) con un patrón de distribución de las consultas muy similar al del conjunto de la población española, salvo un menor recurso al médico de una entidad de seguro privada (sólo un 0,5% de las consultas se realizaban en este lugar frente a un 3,5% de la media española).

De conformidad con la Encuesta Nacional de Salud de 2001, la frecuentación hospitalaria de la población asturiana era de 98 ingresos por mil habitantes y año, muy similar a la media española (96), con una mayor utilización de los recursos de la Seguridad Social que la media española (89,7% de los ingresos frente al 81,6%). Referido al ámbito de los servicios públicos, y con datos de 1999, la frecuentación en la red de utilización pública de Asturias era de 102,9 frente a una media de 83,9 del INSALUD gestión directa^{29,(17)}.

La frecuentación de servicios de urgencias era en Asturias notablemente más baja que la media nacional (165:254), recurriendo con menor frecuencia que la media de la población española a los servicios privados (un 4,9% de las consultas de urgencia se realizaban en un servicio de urgencias o clínica privada, frente al 9,5%).

En relación con la accesibilidad, el 98,75% de la población disponía de un tiempo de acceso a la consulta diaria inferior a 30 minutos²⁹, con un horario de atención en consulta de los centros de salud de 08:00 a 17:00 horas, los días laborables.

El gasto por recetas en Asturias en el año 2001 fue un 15,6% superior a la media de INSALUD y el consumo (recetas por persona protegida) de un 7,8. No se dispone de datos normalizados por el consumo de recetas de activos y pensionistas, pero es probable que, considerando este factor, el Principado de Asturias (con un 35% de la población con farmacia gratuita) se situara en los patrones de consumo y gasto del resto del INSALUD gestión directa.

El INSALUD de Asturias no contaba entre las experiencias de creación de institutos (12 en el territorio INSALUD, 7 de ellos en Madrid) y estaba iniciando una experiencia de unidad de gestión clínica (la del laboratorio de análisis clínicos del Hospital de Cabueñes) de entre las 12 que había iniciado el INSALUD hasta junio de 2001. La estancia media de los hospitales de INSALUD (CMBD) en Asturias era de 8,6 días frente 7,8 del conjunto del Sistema Nacional de Salud⁽¹⁸⁾. El índice de ocupación era del 82,2%²⁹.

(16) <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2001/publiResult.htm>.

(17) La comparación únicamente muestra un mayor uso de los recursos públicos o integrados en la red en Asturias, puesto que los datos de INSALUD no incorporaban los conciertos que no fueran "sustitutorios". La población de referencia para el cálculo de la frecuentación hospitalaria es distinto para la Encuesta Nacional de Salud (población general) del utilizado para estimar la frecuentación INSALUD (población protegida).

(18) <http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx>.

El Barómetro Sanitario más próximo al momento de las transferencias se realizó en el año 2000³³ y mostraba un notable buen nivel de satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario. El 44,7% de la población respondía que el sistema funcionaba bastante bien (frente al 21,3% de la media en España), y sólo un 15,7% (frente a un 32% en España) consideraba que se necesitaran cambios fundamentales o que se precisara rehacerlo.

En resumen, el sistema sanitario público de Asturias se ajustaba, en términos generales, a la media del INSALUD gestión directa, con los siguientes matices diferenciales:

- Un mayor recurso de la población asturiana a los medios públicos.
- Mayor oferta de recursos propios en hospitales de agudos.
- Menor nivel de eficiencia (estimada por la estancia media) en los hospitales del Sistema Nacional de Salud asturiano, con un posiblemente menor desarrollo de iniciativas de mejora de la gestión.
- Un notable buen nivel de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario.

1.4.2 Centrifugación del SNS (2002)

La transferencia del INSALUD a las Comunidades Autónomas (2002) tenía en la Ley Orgánica de Financiación su principal instrumento. El nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas tenía, a priori, algunas virtudes sobre el modelo anterior. Existía un criterio de responsabilidad fiscal y gasto, financiado el mayor gasto con los impuestos de la “cesta” sobre los que las Comunidades Autónomas tienen capacidad normativa; establecía un sistema homogéneo para todas las Comunidades Autónomas; y ponderaba la población de más de 65 años para la financiación de los servicios transferidos de la Seguridad Social tanto sanitarios como sociales. Por último garantizaba, durante un periodo de tres años, el carácter finalista de las cantidades estimadas para la financiación sanitaria y el crecimiento de éstas a una tasa no inferior a la del crecimiento del PIB nominal (el criterio de crecimiento en los Acuerdos de Financiación del SNS para 1994-1997 y 1998-2001)^(19,20). A partir de 2002 la financiación por los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social no tiene carácter finalista^{(21),34}.

(19) En la Ley 21/2001 tenía carácter transitorio, finalizando en 2004. En la II Conferencia de Presidentes, celebrada en septiembre de 2005, se estableció la prórroga de esta garantía hasta que se aprobase un nuevo sistema de financiación autonómica (Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 13 de septiembre de 2005).

(20) En 2005 se beneficiaron de este fondo las Comunidades Autónomas de Castilla y León, Extremadura, Galicia, Islas Baleares y Principado de Asturias.

(21) Carlos Navarro señala que, a pesar de ello, el nuevo sistema de financiación impone a las Comunidades Autónomas de régimen común la obligación de futuro, y sin límite temporal, mientras no se modifique el sistema, de destinar al menos unos recursos equivalentes al importe que en el sistema ha sido definido como necesidades de financiación por el fondo sanitario, incrementado este importe cada año, en el futuro, en el incremento de los Impuestos y Tributos del Estado (apartado 3 del artículo 7 de la Ley 21/2001). El apartado 2 del artículo 68 de la Ley 21/2001 insiste en el mismo concepto: “Las Comunidades Autónomas que tengan asumida la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, elaborarán anualmente el presupuesto de gastos para dicha función, que deberá contener como mínimo la financiación establecida en el Sistema de Financiación Autonómica”.

La elección del término “centrifugación” del Sistema Nacional de Salud no persigue más que tratar de describir la situación que se generó a partir de 2002, caracterizada por una descentralización no acompañada de instrumentos de coordinación. En general, los procesos de descentralización (la transferencia del INSALUD a las Comunidades Autónomas se puede asimilar al de “devolución”, descrito por Rondinelly³⁵ y Mills y cols.³⁶) se acompañan del desarrollo de instrumentos de coordinación³⁷. La descentralización del INSALUD quedó prácticamente huérfana de estos instrumentos y en especial de los referidos a la estandarización de resultados y procesos y a la ausencia de un sistema compartido de información. No hacía falta que pasaran los ocho años que han transcurrido desde que el Principado de Asturias asumiera la gestión del INSALUD hasta el momento de elaborar este informe para prever lo que podía suceder³⁸, incluyendo el paradójico hecho de que el proceso de descentralización de la gestión del INSALUD a las Comunidades Autónomas pudiera acompañarse de una mayor centralización.

De hecho, la Ley General de Sanidad favoreció la retirada de las Corporaciones Locales, especialmente de los Ayuntamientos, de la gestión sanitaria, lo que indudablemente fue un error político al reducir el aporte financiero y la colaboración de estas administraciones en la gestión racional de los recursos —lo que las coloca inmediatamente en posiciones reivindicativas—, así como perder una plataforma más adecuada —por su dimensión— para la participación ciudadana³⁹.

Las consecuencias de este fenómeno de “centrifugación” del Sistema Nacional de Salud han sido analizadas por Rodríguez-Vigil³ y serán el objeto del apartado 2.1 de este informe.

1.4.3 Expectativas en relación con la transferencia del INSALUD al Principado de Asturias

Para analizar las expectativas en relación con el proceso de transferencias se utilizará en este trabajo el conjunto de reflexiones y propuestas contenidas en el “Libro blanco de los servicios sanitarios asturianos”, que constituyó un notable y loable esfuerzo del Gobierno del Principado de Asturias por definir, previamente a la asunción de la transferencia del INSALUD, los “principios, orientaciones, finalidades y objetivos prioritarios del proyecto sanitario”, “elaborado desde la participación, el análisis compartido y el debate necesarios para encontrar los mejores escenarios”⁴⁰.

El documento final del Libro Blanco amparaba unos “principios informadores”, que se resumían en⁴¹:

- Cobertura universal.
- Provisión de un conjunto comprensivo, integrado, uniforme y suficiente de servicios y prestaciones públicas que garanticen y hagan efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud
- Ser satisfactorio, dando respuesta a las crecientes demandas de participación y de soberanía individual que acompañan el desarrollo económico, social y cultural del Principado.
- Garantizar la información y la formación de los ciudadanos como instrumentos al servicio de la necesaria capacidad de elección y decisión sobre las alternativas clínicas y asistenciales disponibles.

-
- Ser eficaz. Para ello, se precisa una utilización eficiente de los recursos públicos sanitarios, orientando la organización hacia la mejora continuada del rendimiento, la utilización apropiada y rigurosa de los conocimientos y técnicas disponibles y la satisfacción de las expectativas de la población.
 - Financiación esencialmente pública, mediante un modelo basado en la progresividad fiscal.
 - Ser sostenible a largo plazo, ajustado a las condiciones económicas y con un crecimiento controlado, rentabilizando los recursos y la capacidad de organización que hoy tienen los servicios sanitarios públicos.

En el Libro Blanco se señalaba como máxima prioridad, “proceder a una revisión profunda y sistemática de la orientación de los servicios sanitarios a los ciudadanos y la participación comunitaria en salud”. Para ello, los servicios sanitarios en Asturias debían plantearse:

- Complementar la orientación de excelencia profesional y técnica que les caracteriza, con la excelencia en la orientación hacia las necesidades percibidas por los ciudadanos.
- Liberarse definitivamente de su característica de servicios otorgados, adquiriendo todos los atributos de un servicio público moderno. En consecuencia, debían:
 - Orientar su actividad teniendo en cuenta las prioridades y criterios de los usuarios (incluyendo **“el desarrollo de la capacidad de elección individual del usuario”**⁽²²⁾),
 - Asumir que la participación ciudadana representa una clara opción de mejora de la efectividad y calidad de los servicios y prestaciones sanitarias, y
 - Dotarse de garantías plenas del respeto de los derechos ciudadanos en un sector de tan alta trascendencia para la vida cotidiana.

En relación con la organización y gestión de los servicios sanitarios, el Libro Blanco se decantaba por la separación de las funciones de autoridad de las de gestión de los servicios, en un marco general caracterizado por: **“a) la descentralización y autonomía en la gestión, b) la cooperación entre centros y entre grupos profesionales de diferentes centros, y c) la integración entre práctica clínica y responsabilidad en la utilización de recursos”**.

El Libro Blanco proponía para el SESPA un papel muy similar al que se había buscado para el INSALUD gestión directa durante la etapa reformista de García Valverde, configurándolo “más que como gestor directo de los centros y establecimientos como soporte básico para su funcionamiento, desarrollando las funciones consideradas imprescindibles para ello como:

(22) La negrita es propia y tiene como objeto resaltar objetivos cuyo logro será evaluado en el capítulo 2 de este trabajo.

- a) El establecimiento de criterios comunes en la política de personal para todos los profesionales de la red, la interconexión de todos los centros que garantice el intercambio en tiempo real de información y conocimientos, el mantenimiento de sistemas de información homogéneos y compatibles, y la utilización de la asignación de recursos como instrumento de mejora de la eficiencia productiva en los diferentes centros de la red,
- b) El aprovechamiento de la economía de escala como un elemento de mejora equilibrado con la autonomía de gestión,
- c) La garantía de un tratamiento similar a todos los centros y establecimientos incorporados a la red de utilización pública con independencia de su titularidad jurídica. La discriminación de los centros vinculados con relación a los centros propios como realiza el INSALUD, no debe ser asumida por el SESPA como la política a desarrollar”.

Asimismo, el Libro Blanco señalaba a **“las unidades descentralizadas de organización como responsables de la provisión directa de los servicios”**. Estas unidades debían **“incorporar una organización flexible adaptada a las necesidades de los ciudadanos que atienden, el territorio en que se asientan y su propia complejidad”**.

El escalón más “micro” de la concepción organizativa propuesta por el Libro Blanco lo constituiría el nivel profesional, el cual debería incorporar **“la cultura de gestión a la cultura clínica... Un mayor grado de autonomía al nivel adecuado, servicios o unidades clínicas, unido a la delimitación de responsabilidades parece ser la vía más adecuada”**.

El apartado dedicado a la organización y gestión señalaba como principales retos “dar la mejor respuesta a los dos temas que pueden condicionar todo el futuro del Sistema de Salud en Asturias, ...: gestionar y culminar adecuadamente el proceso de las transferencias sanitarias e iniciar la construcción de un nuevo hospital central”.

Las “líneas de actuación” del apartado sobre personal del Libro Blanco contenían asimismo un conjunto de propuestas, de entre las cuales se destacan las siguientes⁴²:

- La **flexibilidad en los horarios** de atención resulta necesaria para ofrecer a los ciudadanos unos servicios equitativos y de calidad.
- Una mejora en la organización del trabajo que conduzca a mayores niveles de motivación debería incluir un **control más estricto del absentismo laboral, una mayor agilidad y eficacia del régimen disciplinario, potenciar e incentivar la movilidad funcional y geográfica, y promover el asesoramiento de los profesionales ante cuestiones problemáticas del trabajo cotidiano**.
- Profundizar en la discusión y consideración de la evaluación del rendimiento y de la proporción de los salarios que cabría asignar a **incentivos variables** constituye una cuestión de crucial importancia. Sería deseable establecer una **remuneración vinculada al logro de objetivos negociados** bien sea a nivel individual, como de unidad asistencial o de centro.

- La carrera profesional puede potenciarse mediante la implantación de varios niveles profesionales, que tengan en cuenta al menos la formación, la experiencia acumulada y los méritos ligados a la investigación. El desarrollo de itinerarios profesionales alternativos (nuevas especialidades, nuevas áreas de actividad profesional) puede resultar motivador.
- La **responsabilización de los profesionales en el uso de los recursos** puede lograrse mediante diversos mecanismos.
- La participación de los profesionales en la gestión puede potenciarse mediante el desarrollo de una línea gerencial más abierta y participativa, con mayor potencial de liderazgo en los centros y la articulación de órganos colegiados de evaluación y coordinación con presencia efectiva de las personas responsables de las áreas de actividad. La creación de un clima interno más favorable a la implicación profesional incrementaría la legitimidad interna y mejoraría la eficacia del sistema.
- El desarrollo directivo se potenciaría si se produjera una despolitización de la función gerencial y se asegurara una adecuada formación y cualificación de los gestores. Los gestores ejecutivos deberían estar obligados a responder ante el correspondiente Consejo de Administración.

El documento del Consejo Económico y Social del Principado de Asturias “La sanidad pública en Asturias”, editado al año siguiente de asumir las transferencias, avalaba el análisis y las propuestas del Libro Blanco, abundando en la necesidad —ya señalada en el Libro Blanco— del mayor grado posible de diálogo y entendimiento, en el marco de un gran Pacto por la Sanidad en Asturias⁴.

Capítulo 2. Evolución y tendencias

Minino de Cheshire, ¿podrías decirme, por favor, qué camino debo seguir para salir de aquí?

Esto depende en gran parte del sitio al que quieras llegar -dijo el Gato.

No me importa mucho el sitio... -dijo Alicia.

Entonces tampoco importa mucho el camino que tomes -dijo el Gato.

... siempre que llegue a alguna parte -añadió Alicia como explicación.

¡Oh, siempre llegarás a alguna parte -aseguró el Gato-, si caminas lo suficiente!

Las aventuras de Alicia en el País de las Maravillas (Lewis Carroll, 1865).

El Libro Blanco, como expresión de las aspiraciones colectivas en relación con la sanidad asturiana, facilita la labor de este informe en relación con el análisis de la situación actual del sistema sanitario público en Asturias, en la medida que establecía unos objetivos, lo que permite evaluar no tanto su logro, pues el período transcurrido (algo más de seis años) es relativamente breve, sino más bien si la sanidad pública asturiana está en la vía de alcanzarlos o, por el contrario, se está desviando de los mismos. Algunos de los objetivos establecidos en el Libro Blanco habían sido ya formulados en los debates de la reforma sanitaria en la transición española y recogidos en la propia Ley General de Sanidad (“En los servicios sanitarios públicos se tenderá hacia la autonomía y control democrático de su gestión, implantando una dirección participativa por objetivos” —artículo 69—), habiéndose frustrado su logro en el desarrollo de la Ley y visualizándose la transferencia del INSALUD al Principado como una gran oportunidad para alcanzarlos.

Los objetivos que se habían establecido en el Libro Blanco marcaban un destino para el camino a emprender por la sanidad asturiana a partir de la asunción de las transferencias del INSALUD en 2002. A diferencia de Alicia cuando trataba de entablar conversación con el gato de Cheshire, para todos los agentes involucrados en la sanidad asturiana (ciudadanos, profesionales, responsables políticos y gestores) importaba sobremanera el camino a seguir. Como siempre que “se camine lo suficiente... se llega a alguna parte”, conviene analizar el recorrido realizado por el sistema sanitario público asturiano desde 2002 hasta la actualidad. Para el sistema sanitario público asturiano existe en ese camino un inseparable compañero de viaje, que es el Sistema Nacional de Salud, por lo que los dos primeros apartados de este capítulo se dedicarán las trayectorias paralelas del Sistema Nacional de Salud y del sistema sanitario del Principado.

El tercer y cuarto apartado de este capítulo están dedicados, respectivamente, al análisis de los datos y tendencias —especialmente en los aspectos relativos a la cohesión de los sistemas— de países de la Unión Europea que tienen sistemas sanitarios basados en el modelo de “servicio nacional de salud”, así como a analizar en qué medida la Unión Europea puede influir sobre el futuro del sistema sanitario público español y, por tanto, del asturiano.

2.1 El Sistema Nacional de Salud desde 2002 a la actualidad^{(23),43}

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, ley fundacional del Sistema Nacional de Salud español, definió al 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 en los términos establecidos en la presente Ley” (artículo 44.2). Rodríguez-Vigil señala que las concesiones, internas y con los partidos nacionalistas, que se realizaron en el proceso de elaboración de la Ley General de Sanidad tuvieron como secuela su falta de concreción en aspectos relevantes, como era la definición del Sistema Nacional de Salud, dejando para su desarrollo otros, como la integración de los dispositivos sanitarios públicos o la extensión de la cobertura, estas tareas constituyen cargas de profundidad que se activaron de forma más evidente a raíz de la transferencia del INSALUD a la totalidad de las Comunidades Autónomas en 2002³.

Se ha comentado en el capítulo 1 de este informe que el Sistema Nacional de Salud español tenía como referente los modelos de “servicios nacionales de salud”, como los existentes en el Reino Unido (modelo paradigmático) y Suecia (un servicio nacional de salud con gestión descentralizada en entes territoriales con autonomía política). Las características esenciales de los “servicios nacionales de salud” son la financiación vía impuestos y el aseguramiento universal, lo que se acompaña de una provisión de servicios hegemónicamente pública^{25,44}.

En este apartado se analizarán algunos aspectos de la evolución del Sistema Nacional de Salud que tienen relevancia para el funcionamiento de la sanidad pública en Asturias. Se inicia el análisis por los dos rasgos constitutivos de los servicios nacionales de salud: cobertura universal y financiación por impuestos. Los datos que proporciona el Barómetro Sanitario permiten evaluar —junto con otros como, por ejemplo, la evolución de la cobertura— la evolución del Sistema Nacional de Salud en términos de legitimación social. La evolución de la estancia media y del gasto farmacéutico posibilitan un acercamiento (a falta de otros instrumentos más sensibles y específicos) a la evaluación de la efi-

(23) Algunos de los datos y consideraciones contenidas en este apartado están basados en un trabajo sobre “Cohesión sanitaria en Europa”, elaborado en 2008 para el Ministerio de Sanidad y Consumo, por un grupo de expertos integrado por Fernando García Alonso, Pablo Lázaro y de Mercado, Ángel Menéndez Rexach, Oscar Moracho del Río, José León Paniagua Caparrós, Jaime Rabanal García, Andreu Segura Benedicto, Francisco Sevilla Pérez y Susana Villalba González, y dirigido por Francisco Javier Elola Somoza.

ciencia del Sistema Nacional de Salud. Por último se analizarán otros aspectos relevantes como son las normas y los cambios introducidos en el periodo 2002-2006 que puedan tener influencia sobre la evolución del sistema sanitario público asturiano, y especialmente los referidos a instrumentos de cohesión, personal del Sistema Nacional de Salud y Ley de Dependencia.

2.1.1 Aseguramiento público en España

La Ley General de Sanidad preveía un desarrollo progresivo para transformar el antiguo sistema de seguros sociales en un servicio nacional de salud, que se articulaba en disposiciones transitorias y finales que no se han desarrollado o no lo han hecho en su totalidad.

El mecanismo utilizado para extender la asistencia sanitaria pública a la población española ha sido el de ampliar la cobertura de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a diversos colectivos y, de hecho, el grueso de la financiación autonómica corresponde al “bloque” de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social⁽²⁴⁾, que tiene carácter de prestación “no contributiva”⁽²⁵⁾. Ésta fue la decisión tomada en el Real Decreto 1088/1989⁽²⁶⁾, por el que se extendió la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes, siempre que perciban rentas de cualquier naturaleza que sean iguales o inferiores en cómputo anual al Indicador Público de Rentas Múltiples. Este sistema de reconocimiento del derecho es contradictorio con el de aseguramiento universal, introduciendo un criterio (insuficiencia de medios —“means tested”—) característico de la cobertura de beneficencia para aquellos que no pueden acceder a los seguros sociales.

El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social está atribuido al Instituto Nacional de la Seguridad Social (artículo 57 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social —Real Decreto Legislativo 1/1994— y artículo 1.2 a) del Real Decreto 2583/1996 de Estructura Orgánica y funciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social y de modificación parcial de las correspondientes a la Tesorería General). Sin embargo, en la práctica para aquellas personas sin Seguridad Social, el reconocimiento del derecho corre a cargo de las Comunidades Autónomas y del INGESA que pueden aplicar criterios distintos, como con las normas autonómicas que ordenen esta materia, en algunos casos universalizando la atención mediante contraprestación económica y en otros sin ella⁴⁵.

(24) Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía; Ministerio de Economía y Hacienda. Financiación de las Comunidades Autónomas por los impuestos cedidos, fondo de suficiencia y garantía de financiación de los servicios de asistencia sanitaria, correspondiente al ejercicio 2005. Madrid, junio de 2007.

(25) Artículo 69 de la Ley 21/2001.

(26) Este Real Decreto estaba vinculado con el cambio del sistema de financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, que a partir de ese año se realizó a través de impuestos.

La situación actual, tomada de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud⁽²⁷⁾, es suficientemente expresiva del estado de cobertura sanitaria pública en España y su evolución:

	1993	1995	1997	2001	2003	2006	△ 2006/1993
C. Pública	98,13	98,20	98,15	98,66	99,54	98,30	-
C. Privada	7,18	11,07	10,61	10,12	11,91	14,59	103%
C. Mixta	5,31	9,27	8,76	8,78	11,47	13,23	149%

Cobertura pública: Seguridad Social; Mutualidades de funcionarios (con provisión pública o privada); Beneficencia.

Cobertura sanitaria (ENS, 2006)	Porcentaje
Total	100,00
PÚBLICA: Total	98,30⁽²⁸⁾
Seguridad Social	94,71
Empresas colaboradoras de la Seguridad Social	0,18
Mutualidades del Estado acogidas a Seguridad Social	1,36
Mutualidades del Estado acogidas a seguro privado	3,46
PRIVADA: Total	14,59
Seguro médico privado concertado individualmente	10,26
Seguro médico privado concertado por la empresa	4,10
No tiene seguro médico, utiliza siempre médicos privados	0,23
Otra situación	0,30

La evolución muestra que: 1. no está universalizada la asistencia sanitaria pública, existiendo un 1,7% de personas que, en principio, no tienen cobertura pública y un 0,3% sin cobertura; 2. que la asistencia sanitaria pública está fragmentada en diferentes subsistemas (un aspecto no compatible con los modelos de “servicio nacional de salud”); y 3. que la evolución ha sido hacia una mayor cobertura por la sanidad privada y doble cobertura⁽²⁹⁾.

(27) <http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/Informe.aspx>.

(28) Existe, en relación con esta variable, una fuente de confusión. De la explotación estadística de la Encuesta Nacional de Salud resulta el porcentaje del 98,3%. La suma de las distintas modalidades de cobertura pública (que son teóricamente excluyentes) arroja el resultado, que se recoge en los informes del Sistema Nacional de Salud, de una cobertura del 99,7%. La posibilidad de doble cobertura, especialmente entre los beneficiarios del mutualismo del Estado, hace plausible que el resultado de la Encuesta Nacional de Salud refleje la situación de derecho, mientras que el 99,7% se aproxime más a la situación de hecho.

(29) Los funcionarios, que pueden elegir entre provisión pública o privada optan por esta última opción en una proporción de 2,5:1.

A diferencia de los servicios nacionales de salud del Reino Unido o Suecia, el Sistema Nacional de Salud español no es, veinte años después de su constitución, el “asegurador universal”, como señalan, entre otros, F. Sevilla^{45,46} y A. Segura⁴⁷. Este hecho es esencial en relación con la concepción del derecho a la asistencia sanitaria pública como un derecho de ciudadanía, y probablemente explica algunas de los datos atípicos (por ejemplo, el bajo peso del gasto sanitario público sobre el total) de nuestro sistema en relación con el de otros países de la Unión Europea con —teóricamente— el mismo modelo sanitario.

El sistema sanitario público español puede concebirse como dos subsistemas⁴⁶:

- un sistema contributivo, relacionado con la salud laboral, con un peso del 2,4% sobre el gasto sanitario público, y
- otro no contributivo, relacionado con la enfermedad común, dentro del cual se pueden diferenciar:
 - la asistencia sanitaria de la seguridad social descentralizada en las Comunidades Autónomas y que da cobertura a un 95% de la población, que representa el 91% del gasto sanitario público.
 - las Mutualidades gestionadas por la Administración General del Estado y que dan cobertura a casi un 5% de la población, y un peso del 3,3% sobre el gasto sanitario público.
 - las empresas colaboradoras, con muy bajo peso en gasto y cobertura, pero significativo, tanto por representar el más arcano sistema de protección de la enfermedad basado en los seguros sociales, como porque un notable número de entes públicos estatales y de Comunidades Autónomas están adscritos a este sistema de gestión.
 - y aproximadamente un 0,3%, conglomerado de diferentes colectivos muy heterogéneos entre sí, sin cobertura pública directa.

El Sistema Nacional de Salud es, en la práctica, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, no comprendiendo toda la cobertura de asistencia sanitaria pública.

2.1.2 Financiación y gasto del Sistema Nacional de Salud

2.1.2.1 Gasto del Sistema Nacional de Salud

El avance de los datos del gasto sanitario público⁽³⁰⁾ proporciona una sólida fuente para analizar el comportamiento del gasto del Sistema Nacional de Salud a partir de 2002:

⁽³⁰⁾ <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	△
Gasto SNS/ PIB	4,66%	4,74%	4,93%	4,96%	5,03%	5,13%	5,19%	5,37%	5,81%	24,8%
Crecimiento/año anterior		9,04%	11,60%	8,25%	9,46%	10,16%	8,34%	7,88%	4,23%	8,62%
Gasto deflactado p.p.p.	815	842	892	925	956	999	1.038	1.051	1.081	32,62%
Crecimiento del gasto deflactado p.p.p./año anterior		3,33%	5,90%	3,76%	3,36%	4,47%	3,97%	1,17%	2,85%	3,60%

Fuente: Avance de los datos 2002-2007 de las estadísticas de gasto sanitario público. Gasto consolidado de CC.AA. (incluye Ceuta y Melilla). Si se considera el gasto sanitario público total, el peso estimado sobre el PIB en 2009 sería de 6,4%.

Elaboración propia.

p.p.p.: por persona protegida (padrón-funcionarios con cobertura privada).

Para aquellos datos que la fuente principal no proporciona para los años 2001 y 2002 se han utilizado los del Informe del Grupo de Trabajo para el Gasto Sanitario 2007. Ambas fuentes en www.msps.es. Para 2008 y 2009 se han utilizado las tasas previstas de crecimiento de gasto sanitario público en los presupuestos iniciales de las Comunidades Autónomas aplicándolas al gasto público consolidado de 2007 y los datos del PIB proporcionados por la Contabilidad Nacional (www.ine.es). Para 2009 se ha estimado un descenso del PIB a precios de mercado del 3,6% (previsión del cuadro macroeconómico 2008-2010). Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda.

Como deflactor del gasto se ha utilizado el IPC general (www.ine.es), estimando una tasa de crecimiento 2009/2008 del 0%.

Como puede observarse, el gasto sanitario público ha crecido, tanto en términos monetarios sobre el año anterior (con una media de crecimiento interanual del 8,6%) como en proporción al PIB (un aumento del 24,6%; 1,2 puntos porcentuales). No existen diferencias significativas en el comportamiento del crecimiento del gasto entre Comunidades Autónomas que ya habían recibido las transferencias del INSALUD antes de 2002 respecto de las restantes. En términos constantes por persona protegida el crecimiento medio del gasto durante el período ha sido de 3,6%. El gasto sanitario público gestionado por las Comunidades Autónomas tiene, por tanto, una dinámica de crecimiento rápido, posiblemente difícil de controlar en la medida que está empujado por compromisos salariales (carrera profesional), de puesta en funcionamiento de nuevos servicios (hospitales, centros de salud). En un previsible período prolongado (3-5 años) de crecimiento lento del PIB es previsible que el patrón de crecimiento del gasto sanitario genere tensiones.

La comparación del gasto sanitario público en 2002 y 2007, tanto en la clasificación funcional como en la económico-presupuestaria ofrecen algunos datos de interés:

	2002	%/Total	2007(*)	%/Total	△ 2007/2002
Servicios hospitalarios y especializados	20.142.303	52,2%	32.503.175	54,0%	61,4%
Servicios primarios de salud	5.879.320	15,2%	9.438.423	15,7%	60,5%
Servicios de salud pública	571.254	1,5%	835.340	1,4%	46,2%
Servicios colectivos de salud	1.274.486	3,3%	1.839.048	3,1%	44,3%
Farmacia	8.487.170	22,0%	11.901.950	19,8%	40,2%
Traslado, prótesis y ap. terapéuticos	630.193	1,6%	1.074.905	1,8%	70,6%
Gastos de capital	1.578.320	4,1%	2.582.585	4,3%	63,6%
TOTAL CONSOLIDADO	38.563.045		60.175.426		56,0%

Fuente: Avance de los datos 2002-2007 de las estadísticas de gasto sanitario público. Miles de € corrientes. Elaboración propia.

(*) Datos provisionales.

	2002	%/Total	2007(*)	%/Total	△ 2007/2002
Remuneración del personal	16.230.688	42,09%	26.128.749	43,42%	61,0%
Consumo intermedio	7.033.422	18,24%	11.805.069	19,62%	67,8%
Consumo de capital fijo	88.845	0,23%	196.941	0,33%	121,7%
Conciertos	4.686.588	12,15%	6.798.764	11,30%	45,1%
Transferencias corrientes	8.945.182	23,20%	12.663.318	21,04%	41,6%
Gastos de capital	1.578.320	4,09%	2.582.585	4,29%	63,6%
TOTAL CONSOLIDADO	38.563.045		60.175.426		56,0%

Fuente: Avance de los datos 2002-2007 de las estadísticas de gasto sanitario público. Miles de € corrientes. Elaboración propia.
(*) Datos provisionales

En el período transcurrido desde la transferencia hasta 2007, última fecha de la que se dispone información (provisional) sobre el gasto real consolidado, lógicamente se han producido muy ligeras variaciones en la composición del gasto, sin embargo tiene interés que, frente a los discursos más o menos retóricos sobre la relevancia de la salud pública y la atención primaria, son los servicios hospitalarios los que han ganado prácticamente la totalidad del peso que ha perdido el gasto por recetas. Paralelamente a esta tendencia ha aumentado el peso de los gastos salariales y por compra de bienes corrientes y servicios, disminuyendo el peso de los conciertos. El período, de un notable crecimiento del gasto, no se ha acompañado de un mayor peso de las inversiones, que han mantenido una media de un 4,16% sobre el gasto total.

Un aspecto que es conveniente señalar es si el sistema de financiación vigente desde 2001, unido a la gestión que han realizado las Comunidades Autónomas en su margen de autonomía fiscal y gestión de los recursos sanitarios, ha reducido o, por el contrario, aumentado las “desigualdades” en el gasto por persona protegida. La tabla siguiente, elaborada a partir del avance de los datos 2002-2007 muestra que en el período analizado han aumentado las desigualdades, medidas a través de las desviaciones respecto de la media, así como las desviaciones estándar y promedio:

CC. AA. DE GESTION TRANSFERIDA (gasto p.c.)	2002	Dif. Media	2007	Dif. Media	△ 2007/2002
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCIA	838,76	-4,11%	1.163,55	-8,05%	38,72%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	951,29	8,76%	1.418,78	12,12%	49,14%
PRINCIPADO DE ASTURIAS	945,54	8,10%	1.365,27	7,89%	44,39%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ISLAS BALEARES	784,83	-10,27%	1.213,95	-4,07%	54,68%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	904,05	3,36%	1.291,87	2,09%	42,90%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	1.013,26	15,84%	1.496,35	18,25%	47,68%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN	893,32	2,13%	1.295,50	2,38%	45,02%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA	871,97	-0,31%	1.283,13	1,40%	47,15%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA	872,58	-0,24%	1.271,45	0,48%	45,71%
COMUNIDAD VALENCIANA	829,76	-5,13%	1.186,84	-6,21%	43,03%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	944,54	7,99%	1.490,83	17,82%	57,84%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	902,03	3,13%	1.309,08	3,45%	45,13%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID	828,84	-5,24%	1.183,95	-6,44%	42,84%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA	880,18	0,63%	1.326,09	4,80%	50,66%
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	1.010,70	15,55%	1.395,45	10,28%	38,07%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO	976,10	11,60%	1.436,83	13,55%	38,72%

COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA	911,16	4,17%	1.876,75	48,31%	49,14%
Media SNS	874,67		1.265,39		44,67%
Desviación estándar	62,54	7,15%	164,46	13,00%	
Desviación promedio	50,46	5,77%	118,51	9,37%	

Fuente: Avance de los datos 2002-2007 de las estadísticas de gasto sanitario público. Gasto consolidado de CC.AA. Dif. Media: % de desviación sobre la media estimada para cada ejercicio.
Elaboración propia.

Se tiende a dar una gran importancia al gasto sanitario per cápita como un indicador de equidad, sin embargo numerosas publicaciones dan un valor relativo a este dato⁴⁸, señalando que las desigualdades en salud y en el acceso a los servicios sanitarios están vinculadas a la edad, género, nivel socioeconómico de la persona y área de residencia. De entre las conclusiones del trabajo de B. González y P. Barber sobre el tópico de las desigualdades dentro del Sistema Nacional de Salud⁴⁹, se destacan las siguientes:

- El ranking de Comunidades Autónomas según niveles de salud no concuerda con la ordenación según criterios de gasto sanitario, acceso o utilización de servicios. En consecuencia, el nivel de gasto público en sanidad per cápita no debe ser empleado como indicador de equidad territorial.
- En España, el nivel de desigualdad territorial en gasto sanitario, en cobertura aseguradora, en acceso, en utilización y en salud es moderado en comparación con el de otros países del entorno. Aunque no hay evidencia científica concluyente, es posible que las desigualdades intracomunitarias sean tanto o más acusadas que las desigualdades entre comunidades autónomas.
- La falta de un sistema de información integrado del Sistema Nacional de Salud español es actualmente el principal obstáculo para avanzar hacia mejoras de salud, reducción de desigualdades y eficiencia.
- La uniformidad del gasto sanitario no debería ser el objetivo de un sistema de salud descentralizado como el español. Las Comunidades Autónomas tienen el legítimo derecho de decidir el nivel de prioridad de la salud entre sus políticas sociales y asignar más o menos esfuerzo fiscal a ese fin. El Estado debería garantizar unos mínimos de cobertura y acceso a prestaciones de calidad, para lo que habría que garantizar la financiación mínima suficiente para la cartera de prestaciones básicas.
- Como consecuencia de lo anterior, proponemos una reforma en profundidad, con mejora técnica, del Fondo de Cohesión, que pasaría a desdoblarse en un fondo para la atención a pacientes desplazados, administrado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y en un fondo de cohesión —o “fondo de igualdad” propiamente dicho— para reducir desigualdades y para realizar políticas de salud de ámbito supraregional.

2.1.2.2 Financiación del Sistema Nacional de Salud

La reforma del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de 2009⁵⁰ incluye cambios relevantes respecto al sistema vigente desde 2001. La condición “finalista” de la financiación sanitaria, contenida en la Ley 21/2001 (apartado 3 del artículo 7 y apartado 2 del artículo 68), desaparece en el nuevo Acuerdo. El crecimiento de los recursos para la financiación de los servicios trans-

feridos dependen lógicamente de los recursos tributarios cedidos a las Comunidades Autónomas, estableciéndose un “fondo de garantía de servicios públicos fundamentales” que se determina por la diferencia entre la participación de las Comunidades Autónomas en el 75% del fondo en función de la “población ajustada o unidad de necesidad” y el 75% de los recursos tributarios cedidos. El cálculo de la población ajustada se realiza en base a un conjunto de variables, entre las que cabe destacar por su peso las siguientes:

- 38%. Población protegida equivalente distribuida en siete grupos de edad, con arreglo a la metodología del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario^{51,(31)}.
- 30%. Población⁽³²⁾.
- 20,5%. Población menor de 17 años⁽³³⁾.
- 8,5%. Población mayor de 65 años⁽³⁴⁾.

Asimismo, el Acuerdo prevé la creación de dos subfondos financiados con recursos adicionales, uno de competitividad (2.572 millones de €), cuya aplicación se regulará mediante una ley específica y otro de convergencia (1.200 millones de € para el conjunto de Comunidades Autónomas beneficiarias), del que se beneficiará el Principado de Asturias en la medida que cumple uno de los criterios (crecimiento de población inferior al 90% de la media con una densidad de población que no supere en más del 25% la densidad media).

El Acuerdo no hace referencia al Fondo de Cohesión Sanitaria, que como es conocido tenía hasta la actualidad dos componentes:

- El Fondo de Cohesión Sanitaria, que es un sistema de compensación de costes por la asistencia prestada a ciudadanos que no residen en la Comunidad Autónoma donde han recibido la asistencia. Este fondo fue creado en la Ley 21/2001, de financiación de las Comunidades Autónomas, con la “finalidad de garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, y la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca”.

(31) Este criterio atiende mejor al fenómeno del envejecimiento de la población, acusado en el Principado de Asturias, dando mayor peso a los grupos etarios de mayores de 64 años. De conformidad con los datos que figuran en el Acuerdo, al ponderar la población por la edad se incrementa el peso de la población en casi 10 puntos (9,8%).

(32) La pérdida de población que se produce en el Principado se actualizará anualmente, de conformidad con el criterio de suficiencia dinámica del Acuerdo.

(33) De conformidad con los datos que figuran en el Acuerdo, existen 5 puntos de diferencia entre la proporción de menores de 17 años en Asturias y la media en España (11,5%:16,4%).

(34) Como se ha comentado, este criterio atiende mejor al fenómeno del envejecimiento de la población, acusado en el Principado de Asturias. De conformidad con los datos que figuran en el Acuerdo, existen 5 puntos de diferencia entre la proporción de mayores de 65 años en Asturias y la media en España (21,7%:16,6%).

- El Fondo de Cohesión y Calidad como instrumento de cohesión. La Conferencia de Presidentes (2005) acordó un fondo de 50 millones de €, 33,8 destinados al Plan de Calidad del SNS, y 15 a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y red de agencias.

2.1.3 Legitimación social del Sistema Nacional de Salud

El Barómetro Sanitario realizado en el año 2000³³ mostraba que un 21,3% de la población española opinaba que el sistema sanitario funcionaba bien, mientras que el 31,9% opinaba que necesitaba cambios fundamentales o que era preciso rehacerlo. En 2008, el 19,2% de la población opina que el sistema funciona bien, mientras que el 31% piensa que son necesarios cambios fundamentales o que es preciso rehacerlo, mostrando por tanto una notable estabilidad. Sin embargo, se debe señalar que el 75% de la población opina que son necesarios cambios y que esta opinión muestra una tendencia bastante clara en su evolución entre los barómetros de 2000 y 2008, ganado 5 puntos porcentuales.

Una tendencia que parece traducirse nítidamente de los datos de la evolución de la opinión pública en los barómetros es la disminución de la opción por la provisión pública y el aumento de la opción por la provisión privada, que se da de forma consistente para consultas de atención primaria y especializada, así como en relación con la hospitalización.

Otro dato que puede ser preocupante es que un creciente número de ciudadanos opina que las autoridades sanitarias no están haciendo lo suficiente para mejorar las listas de espera (15,6% en 2000 y 34% en 2008), aumentando de forma paralela el porcentaje de personas que piensan que las listas de espera no han mejorado sino que han empeorado. La misma tendencia puede observarse en relación con la opinión sobre si la atención en consultas (primaria, especializada) y hospitalización ha mejorado (tendencia a la baja en el período 2000-2008) o ha empeorado (tendencia al alta).

La opinión de los ciudadanos sobre que las Comunidades Autónomas gestionan mejor los servicios sanitarios que la Administración Central del Estado se ha reducido tras la transferencia completa de los servicios del INSALUD a las Comunidades Autónomas (38% en 2000 y 30% en 2008), mientras que por el contrario se ha duplicado la opinión de que las Comunidades Autónomas gestionan peor (4,4% a 9,8%), siendo en 2008 mayoritaria la opinión de que las Comunidades Autónomas gestionan igual que la Administración Central del Estado (36,7%). Una abrumadora mayoría opina que "las Comunidades Autónomas debían ponerse de acuerdo entre ellas".

El Barómetro Sanitario no hace preguntas directas sobre la libertad de elección de proveedor. Como se ha señalado, en la experiencia del mutualismo administrativo la proporción de funcionarios que optan por la provisión privada frente a la pública es de 4:1.

2.1.4 Indicadores indirectos de eficiencia

Se utiliza en este trabajo como aproximaciones a las tendencias en la eficiencia en la gestión de los servicios sanitarios el indicador de estancia media en hospitalización convencional y el gasto por recetas tanto por su disponibilidad como por ser ambos indicadores que nos alejan de la media de otros países occidentales desarrollados con servicios nacionales de salud, que tienen estancias medias menos prolongadas y un menor peso del gasto en recetas sobre el gasto sanitario.

Los datos de la base de CMBD del Sistema Nacional de Salud⁽³⁵⁾ muestran una estabilidad en la frecuentación hospitalaria, que se mantiene desde el año 2001 en el entorno de 85 altas por mil habitantes y año, con una mínima reducción de la estancia media, que ha pasado de 7,8 en 2001 a 7,4 en 2007 (-4%).

En el apartado 2.1.2 se ha señalado que el peso del gasto por recetas sobre el gasto consolidado del Sistema Nacional se redujo en dos puntos porcentuales entre 2002 y 2007. Los datos pormenorizados de recetas facturadas al Sistema Nacional de Salud⁽³⁶⁾, disponibles para el período 2003-2008, muestran un crecimiento de un 7,8% en el gasto (por debajo del crecimiento del IPC) pero un aumento del 15% en el número de recetas por persona protegida (de 17 a 20 recetas por persona protegida y año).

2.1.5 Modificaciones del marco normativo del Sistema Nacional de Salud

2.1.5.1 Ley de Cohesión y Calidad

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, tuvo como objeto, tras la transferencia completa del INSALUD a las Comunidades Autónomas, “establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias”, no afectando, por tanto, al resto de las “características fundamentales” del Sistema Nacional de Salud, definidas en el artículo 45 de la LGS.

La Ley de Cohesión se dictó al amparo del artículo 149.1.1.a, 16.a y 17.a de la Constitución, que atribuye al Estado competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y régimen económico de la Seguridad Social. El alcance del ejercicio de la competencia estatal “exclusiva” —artículo 149.1.13 de la Constitución Española— sobre “bases y coordinación de la sanidad” está lejos de una lectura unívoca^{52,53,54} y se sustanciaría, dentro del marco legislativo

(35) <http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/Informe.aspx>.

(36) <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/datos>.

actual, tanto en el contenido del artículo 70.2 de la LGS como en los instrumentos de cohesión sanitaria recogidos en la Ley 16/2003. Por otra parte, la universalización del derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social habilita la competencia estatal de “legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas” (artículo 149.1.17 de la Constitución Española).

En el trabajo de Rodríguez-Vigil³⁷, así como en numerosas otras aportaciones⁽³⁷⁾, se han señalado los problemas que la Ley 16/2003 tiene para que se desarrollen instrumentos eficaces de “cohesión”⁽³⁸⁾ del Sistema Nacional de Salud. Está fuera del alcance de este trabajo realizar un análisis sistemático sobre la cohesión sanitaria en el Sistema Nacional de Salud. En un informe realizado sobre este relevante aspecto para el Ministerio de Sanidad y Consumo⁴³ se concluía que la mayoría de los problemas de cohesión tienen un carácter estructural, estando vinculados a la arquitectura actual (proveniente de la Ley General de Sanidad) del Sistema Nacional de Salud, debiéndose considerar los siguientes aspectos “macro”⁽³⁹⁾:

1) La necesidad de establecer un nuevo marco para el Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud es el marco de actuación de la Ley de Cohesión y Calidad (2003). Algunos de los problemas relacionados con la cohesión sanitaria en España están vinculados a la configuración actual del propio sistema. El Sistema Nacional de Salud se crea en la Ley General de Sanidad (1986), habiéndose producido desde entonces un cambio radical en el contexto en que se elaboró y aprobó la Ley, que probablemente requiere una actualización de la arquitectura del sistema que la propia Ley establecía; entre otros, se pueden mencionar los siguientes cambios relevantes desde 1986:

- La gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social ha sido transferida a todas las Comunidades Autónomas desde 2002.

(37) Véanse, por ejemplo, las aportaciones al “debate virtual” que sobre la coordinación sanitaria en España celebró la Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI (Coordinación Sanitaria en España. “Hablemos claro”. Jornada virtual organizada por la RAS, febrero 2007).

(38) La definición dada al término de cohesión por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, es: “las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud” (artículo 1 de la mencionada Ley 16/2003).

(39) El informe sobre “Cohesión sanitaria en Europa” incluía también recomendaciones en relación con los aspectos de financiación, que no se recogen en este documento al haber perdido parcialmente su vigencia.

- Se ha modificado esencialmente el sistema de financiación de la sanidad previsto en la Ley General de Sanidad y, con ello, el proceso de elaboración de los presupuestos, la vinculación de la asignación de recursos financieros con objetivos de gestión, etc.
- El procedimiento de universalización de la asistencia sanitaria pública a toda la población mediante la extensión de la cobertura de asistencia sanitaria de la Seguridad Social parece haberse agotado, no habiendo completado el objetivo de hacer que el SNS sea el asegurador único universal, característica esencial de los sistemas sanitarios basados en el modelo de servicio nacional de salud.
- El proceso de integración política en el seno de la UE incorpora un proceso de cohesión sanitaria que requiere, a su vez, la existencia de un Sistema Nacional de Salud cohesionado.

Se podrían añadir a este listado otros elementos culturales (mayores expectativas y demandas, en relación con la salud y los servicios sanitarios, de la población española actual respecto a la de 1986), demográficos (el mayor envejecimiento de la población y la relación, no resuelta por el momento, entre servicios sanitarios y sociales), tecnológicos (la incorporación de las tecnologías de la información y comunicaciones también a los aspectos organizativos y de gestión —por ejemplo, gestión de pacientes— de la sanidad), y otros muchos que justifican una nueva concepción y configuración del Sistema Nacional de Salud, partiendo de la base de hacer efectivo el derecho universal a la asistencia sanitaria, concebida como una prestación no contributiva de la Seguridad Social.

El mencionado informe recomendaba que se hiciera un análisis, en profundidad y con la participación de todos los agentes interesados, de la situación actual del Sistema Nacional de Salud, así como de las perspectivas de futuro, y que estas perspectivas sean de largo alcance. La elaboración de un plan estratégico del Sistema Nacional de Salud debía ser un instrumento previo a la toma de decisiones políticas.

2) Los derechos de los ciudadanos en relación con el Sistema Nacional de Salud como elemento central de la cohesión

Con excepción del derecho universal a la asistencia sanitaria pública (con las peculiaridades mencionadas), establecido en la Ley General de Sanidad (1986) y el establecimiento de una cartera de servicios común para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (1995, en adelante), son escasas las garantías subjetivas concretas que los ciudadanos tienen respecto del sistema. Aspectos relevantes como el acceso a la información sobre el funcionamiento y la calidad de los servicios del Sistema Nacional de Salud; capacidad de elección; tiempos máximos de espera; movilidad entre servicios de salud; o participación social en el funcionamiento de los servicios del Sistema Nacional

de Salud carecen de un referente estatal, es decir: no configura una relación (un derecho) de ciudadanía en relación con el sistema, remitiéndose las normas a los marcos geográficos autonómicos⁽⁴⁰⁾.

Se recomendaba, por tanto que, dentro de la nueva concepción y configuración del SNS que se propugna, se establezcan los derechos de todos los ciudadanos en relación con el Sistema Nacional de Salud. Estos derechos deben ser subjetivos y exigibles al sistema con independencia de que la gestión de sus servicios esté en gran medida descentralizada en las Comunidades Autónomas, y deberían alcanzar, con amplitud suficiente para garantizar la “igualdad efectiva”, a los siguientes componentes:

(40) Por ejemplo, no existe un tiempo mínimo de espera garantizado como referente para el Sistema Nacional de Salud. El Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, prevé que se definan criterios de indicación y prioridad clínica para las distintas prestaciones, así como garantías de información que debe facilitarse a ciudadanos sobre tiempos de espera, estableciendo unos criterios provisionales. Por el contrario, muchas Comunidades Autónomas han desarrollado normas para garantizar tiempos máximos de demora en asistencia sanitaria:

Tiempos de espera garantizados por normas de las Comunidades Autónomas				
	Procesos Quirúrgicos	1º Consultas AE	Pruebas D y T	Observaciones
Andalucía	180	60	30	
Aragón				Prioridad en función de listado de diagnósticos y procedimientos (Decreto 83/2003; Anexo 1)
Asturias				
Baleares				
Canarias				
Cantabria	180	60	30	
Cataluña	180			
Castilla la Mancha	90	15	7	Elección por el paciente del centro. Reintegro por la C CL-M
Castilla León	< 100	< 30	< 20	
Extremadura	180	60	30	Derivación privada
Galicia	180			
La Rioja				
Madrid				
Murcia	150	50	30	
Navarra	180			
C Valenciana	90			Derivación privada
	Otros Proc. Quir.	C. Oncológica	C. Cardíaca	
País Vasco	180	30	90	

- **Prestaciones del SNS.** Ésta es una garantía que está desarrollada para el Sistema Nacional de Salud, así como previsto el mecanismo para su actualización⁽⁴¹⁾, salvo en lo que se refiere al desarrollo de las prestaciones sociosanitarias, y la integración/coordinación de los servicios sanitarios y sociales para garantizarlas.
 - **Movilidad.** El ejercicio del derecho a la asistencia sanitaria pública debería ser ejercido por todos los ciudadanos en relación con el Sistema Nacional de Salud y, por lo tanto, frente a cualquier Servicio de Salud de Comunidad Autónoma. Para ello es preciso articular los mecanismos financieros, de información (tarjeta individual sanitaria del Sistema Nacional de Salud), etc. que hagan efectivo este derecho.
 - **Tiempo.** Deberían existir unas garantías de tiempo comunes para todo el SNS. Estas garantías deberían, por una parte, estar vinculadas al desarrollo de “guías” o protocolos (práctica clínica, procesos asistenciales integrados, etc.) en los que se ponga en relación el tiempo garantizado para el acceso a los servicios y la práctica de los procedimientos con el proceso asistencial y características sociosanitarias de los pacientes. Por otra parte, el establecimiento de garantías de tiempo debería estar relacionado con las garantías de movilidad y acceso a la información.
 - **Libertad de elección.** La Ley General de Sanidad (1986) incorporaba en su artículo 14 la “libre elección de médico”. La mayor parte de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas han introducido márgenes de libertad de elección en atención primaria y especializada, y ésta es también la tendencia observada en los países analizados con servicios nacionales de salud, así como en el seno de la Unión Europea. En la medida que se considere que la libertad de elección de médico y centro debe ser un derecho de los ciudadanos, debería establecerse el alcance de esta garantía para el conjunto del sistema.
 - **Calidad y Seguridad.** El Sistema Nacional de Salud debería garantizar unos niveles comunes de calidad y seguridad de las prestaciones, desarrollando para ello los instrumentos de gestión y evaluación de la calidad para el conjunto del sistema.
 - **Información.** El Sistema Nacional de Salud debería garantizar el acceso de los ciudadanos a la información sobre la calidad de los servicios y el cumplimiento de las garantías de las prestaciones a lo largo del sistema.
 - **Participación social.** El Sistema Nacional de Salud debe garantizar la participación social a lo largo del sistema, estableciendo unas garantías mínimas exigibles por los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia⁽⁴²⁾.

(41) Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud; Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Los problemas suscitados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en relación con la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud han estado relacionados con el incumplimiento, por parte del Ministerio de Sanidad, del procedimiento para incluir prestaciones en la cartera.

(42) En relación con este aspecto, así como con el derecho a la información sobre la calidad de los servicios sanitarios, es un precedente importante la Ley 27/2006, de 18 de julio, por la que se regulan los derechos de acceso a la información, de participación pública y de acceso a la justicia en materia de medio ambiente (incorpora las Directivas 2003/4/CE y 2003/35/CE).

En el marco constitucional y estatutario vigente el catálogo de prestaciones sanitarias garantizado por el Estado en el marco de la acción protectora de la Seguridad Social es un común que las Comunidades Autónomas pueden mejorar, en virtud de sus competencias en materia de sanidad y, por tanto, fuera del sistema público de Seguridad Social, con independencia de la respuesta social que esas desigualdades puedan suscitar y la consiguiente presión para que se corrijan⁵².

3) La necesidad de separar más nítidamente las funciones de autoridad de las de gestión del Sistema Nacional de Salud

Un último aspecto “macro” que abordaba el mencionado Informe en relación con la cohesión del Sistema Nacional de Salud⁴³ era la confusión de funciones de autoridad con las de gestión del SNS, que en la actual arquitectura de gobierno de la sanidad se produce en algunas ocasiones. El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas tienen unas funciones de “autoridad sanitaria”, cuyo dominio se extiende a todas las actividades, públicas y privadas, que se relacionan con la salud y, en especial, con la salud pública entendida como “combinación de ciencias, habilidades y actitudes dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales” (Ley de Cohesión, 2003). A su vez, las administraciones sanitarias públicas son gestoras del Sistema Nacional de Salud, por lo que son, a su vez, reguladoras y reguladas.

La separación de funciones entre las agencias reguladoras que ejercen la función de autoridad de aquellas dedicadas a la gestión del Sistema Nacional de Salud, existente en numerosos sistemas sanitarios de los países de la Unión Europea contribuiría probablemente a mejorar el gobierno del sistema. Esta delimitación de funciones afectaría, por ejemplo, a la diferencia entre licencia de los medicamentos (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) y la decisión sobre la financiación pública de los mismos (que no debería distinguirse, en su procedimiento, del de actualización de las prestaciones); o a la diferenciación entre el establecimiento de criterios comunes para la habilitación de centros, establecimientos y servicios sanitarios (públicos y privados) y el desarrollo de estándares (u otros instrumentos de gestión de la calidad) comunes para los servicios del SNS.

En este sentido, el Informe recomendaba que las agencias del Sistema Nacional de Salud se adscribieran al Consejo Interterritorial, como órganos de soporte técnico y científico para la toma de decisiones políticas. Además de este soporte técnico, para que el CI pudiera ejercer de gestor del SNS sería preciso modificar su proceso de toma de decisiones, desde la actual unanimidad a fórmulas que, por ejemplo, podrían inspirarse en el sistema de mayorías y proporcionalidad que recoge el Tratado de la Unión Europea. En este contexto cabría otorgar al Consejo Interterritorial competencias de iniciativa legislativa, reguladoras y de gestión del sistema diferenciadas de las Administraciones del Estado y de las Comunidades Autónomas. Las agencias del sistema deberían

participar de las características identificadas en el análisis de algunos de los sistemas sanitarios que se incluyeron en el Informe:

- Adoptar formas jurídico-administrativas de autonomía institucional (agencias, fundaciones, empresas públicas) distintas de la dependencia orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, que posibiliten establecer:
 - Objetivos concretos vinculados a una financiación determinada (el “fondo de cohesión” debería atender a la financiación de las agencias de del SNS), que se relacionan entre sí mediante instrumentos como acuerdos o contratos-programa.
 - La evaluación externa de sus rendimientos y gestión financiera (auditorías); y
 - El desarrollo de instrumentos de gestión empresarial (planes de empresa, planes estratégicos).
- El Consejo Interterritorial debería integrar los Consejos de Administración de estas agencias, nombrando a sus componentes. La integración de miembros legos (personas que no tienen intereses directos en el sistema sanitario) en estos Consejos, puede contribuir a la transparencia del sistema. Los responsables de las agencias deberían ser nombrados por el Consejo Interterritorial, mediante un proceso formal de selección, y vincularse por tiempo definido, estando sujeta su renovación a la evaluación de los resultados.
 - Otro aspecto relevante en relación con la estructura organizativa y de gestión de las agencias del Sistema Nacional de Salud, en especial aquellas que tienen actividades con contenido científico, es que todas ellas deberían tener un Comité Científico con reconocida solvencia de sus integrantes.
 - Las agencias de del Sistema Nacional de Salud no deben ser el único instrumento de gobierno del sistema. Para determinados aspectos de la gestión de personal como los relativos a la negociación de condiciones retributivas y otras vinculadas al marco laboral⁽⁴³⁾ (movilidad en el SNS, categorías profesionales, etc.) se puede promover el desarrollo de estructuras de cooperación entre los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (similares al SALAR sueco⁽⁴⁴⁾), para que actúen como “patronal”.

La misma aproximación podría hacerse en relación con otros aspectos vinculados con la gestión de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, por ejemplo la negociación de compra para el conjunto de Servicios de Salud de determinados bienes y servicios.

- Además de las agencias del Sistema Nacional de Salud y del desarrollo de estructuras de cooperación, experiencias similares al “método abierto de coordinación”, muestran una vía de desarrollo de instrumentos de cohesión sobre la base de la participación voluntaria de las Comunidades Autónomas.

(43) Se puede considerar que dentro de las agencias del Sistema Nacional de Salud debería crearse una relacionada con las competencias profesionales (registro, formación continuada, acreditaciones, etc.). Asimismo, el modelo retributivo para profesionales en formación debería estar establecido a nivel estatal.

(44) Asociación Sueca de Autoridades Locales y Regionales.

- Las agencias del Sistema Nacional de Salud y, en su caso, sus distintos centros, deberían, como lo han hecho los países de la Unión Europea o la propia Unión entre los estados miembros, distribuirse a lo largo del territorio nacional, y adoptar formas de funcionamiento en red, que posibiliten cohesionar todas las iniciativas existentes.

Propuestas basadas en la necesidad de mejorar la gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud, aunque posiblemente menos elaboradas que las formuladas por el grupo de expertos que elaboró el Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa, han sido formuladas desde la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)⁵⁵.

2.1.5.2 Regulación marco de las profesiones sanitarias y segmentación del mercado profesional

B. González y P. Barber⁵⁶ han señalado que la Administración Central conserva una gran parte de las competencias de formación, acreditación y homologación de los profesionales sanitarios y la planificación global del SNS, mientras que las Comunidades Autónomas, en tanto que gestoras de sus respectivos Servicios de Salud, ejercen las competencias de empleo. Las tensiones entre Comunidades Autónomas y Administración Central son un reflejo de los desajustes entre los mercados educativo y laboral.

El artículo 35 de la Ley de Cohesión crea la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, que “desarrollará las actividades de planificación, diseño de programas de formación y modernización de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud y definirá los criterios básicos de evaluación de las competencias de los profesionales sanitarios, sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas”. Aunque en el seno de la Comisión de Recursos Humanos se ha llegado a algunos acuerdos⁽⁴⁵⁾, la planificación y gestión de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud es uno de los aspectos en donde existe un acuerdo bastante generalizado en la necesidad de su replanteamiento. Aspectos como el registro de profesionales o el sistema de “desarrollo profesional” previstos en la ley de ordenación de las profesiones sanitarias no han sido, por el momento, desarrollados.

El marco de la gestión de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud está regulado por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, y el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre). A pesar

(45) Resolución de 29 de enero de 2007, de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios, por la que se dispone la publicación del acuerdo por el que se fijan los criterios generales de homologación de los sistemas de carrera profesional del personal de los servicios de salud; Real Decreto 1142/2007, de 31 de agosto, por el que se regula la composición y funciones de la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias y se regula el sistema de acreditación de la formación continuada; relación laboral de carácter especial de los MIR.

de la existencia de un “estatuto marco”, en la práctica no existe algo asimilable al “personal del SNS”, negociándose todas las condiciones laborales, incluida la carrera profesional, los sistemas de incentivos, etc. en el ámbito autonómico, sin que exista un marco laboral. La Ley de Cohesión no previó la creación de un registro de personal del Sistema Nacional de Salud, por lo que es factible que un profesional pueda prestar servicios simultáneamente a más de un Servicio de Salud de Comunidad Autónoma.

B. González y P. Barber (2007) señalan, por una parte, la acusada (y creciente) segmentación geográfica de los mercados de médicos, así como, por otra parte, que “la ilusión de autosuficiencia —autonómica—... es falsa, porque a pesar de la tendencia a la segmentación geográfica de los mercados, lo que ocurra en otras Comunidades Autónomas les condiciona fuertemente, no sólo porque compiten por los recursos humanos escasos, sino también porque están sometidos a las presiones de la emulación... Los salarios están sometidos a una espiral inflacionista, dado que el objetivo es igualar en máximos”. Existen, no obstante, disparidades en la aplicación de los sistemas retributivos, carrera profesional, etc. entre Comunidades Autónomas. El Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario (2007) encontró diferencias de retribuciones medias anuales (básicamente fijas) entre las Comunidades Autónomas superiores al 30%.

En la misma línea que B. González y P. Barber se sitúa el incisivo análisis que Rodríguez-Vigil hace sobre la “disgregación” de las políticas relativas al personal sanitario dentro del Sistema Nacional de Salud³ y las conclusiones del estudio de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos de España sobre condiciones de trabajo de los médicos en España⁵⁷, que entre otros aspectos señalaban diferencias retributivas (para puestos de trabajo, dedicación, etc., equivalentes) superiores al 30%.

2.1.5.3 Dependencia y asistencia sanitaria

Un aspecto relevante en el análisis de los sistemas sanitarios de los países de la Unión Europea es la estrecha vinculación que, en general, existe entre prestaciones (y financiación) sanitarias, “socio-sanitarias” y sociales. La Ley de Cohesión (2003) preveía el desarrollo de la prestaciones sociosanitarias en el “catálogo de prestaciones del SNS” (artículo 7). Sin embargo, el Real Decreto 1030/2006, soslaya esta previsión, refiriéndose a la regulación de 1995.

Es llamativo el desapego con que esta Ley trata la relación entre servicios sociales y sanitarios, cuando en numerosas ocasiones las situaciones de dependencia están generadas por problemas de salud y la dependencia es un factor que hace prolongar muchas veces de forma innecesaria la estancia en los centros sanitarios⁵⁸. La relación entre recursos sociales y sanitarios, así como la existencia de recursos sociosanitarios, es un elemento relevante para la gestión de la demanda asistencial, al existir una relación de sustitución entre ambos⁵⁹. La escasez de recursos sociales y sociosanitarios puede explicar, en parte, la diferencia en la estancia media en los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud, notablemente más prolongada que la de otros servicios nacionales de salud de la Unión Europea (véase apartado 2.3.2).

Aunque la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, proclama como principio general “La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales” (artículo 3.i), sólo hace una referencia genérica a la competencia de las Comunidades Autónomas en relación con “establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención” (artículo 11.1.c de la Ley de Dependencia). Se está, por tanto, todavía lejos de haber logrado instaurar una atención sociosanitaria satisfactoria, que garantice de forma efectiva y generalizada la continuidad de los cuidados⁶⁰. La integración de lo que fue Secretaría de Estado de Asuntos Sociales en el Ministerio de Sanidad y Política Social puede contribuir al desarrollo de políticas coordinadas y comunes entre estos dos servicios de la protección social, que tienen un amplio campo de acción común sobre determinadas poblaciones y en especial sobre las personas mayores con pluripatología.

2.1.6 El camino recorrido por el Sistema Nacional de Salud desde 2002. ¿Conduce adonde se quiere llegar?

El discurso políticamente asumido es que la descentralización ha sido, en sí misma, garantía de equidad, calidad y eficiencia, que estimula mejoras en la prestación de servicios y asegura una mejor distribución de los recursos, que facilita la implicación de la comunidad en las decisiones sobre prioridades y reduce las desigualdades. Ninguna de estas afirmaciones se deduce de la evidencia empírica facilitada en los apartados anteriores. Por el contrario, existen síntomas preocupantes en relación con el crecimiento del gasto (y el aumento en la desigualdad de su distribución), el aumento del recurso al aseguramiento privado, la pérdida de legitimación social y las escasísimas ganancias en mejora de la eficiencia.

El Sistema Nacional de Salud se está segmentando geográficamente en relación con el acceso a la información, no se dispone de un sistema de información para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, y no existen unos objetivos e indicadores comunes que faciliten la comparación de la “eficiencia” o “rendimientos” de los distintos Servicios de Salud de Comunidades Autónomas (Elola, 2002)⁽⁴⁶⁾; asimismo el sistema está segmentado geográficamente en relación con el mercado profesional (González y Barber, 2007) e incluso en relación con derechos de los ciudadanos (incluido el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social).

(46) Existen unos “indicadores del Sistema Nacional de Salud” que funcionan como una recopilación estadística, no están jerarquizados en relación con objetivos concretos del sistema y no permiten la comparación entre Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

A las alarmas anteriores, basadas en la evidencia empírica, se podrían añadir dos adicionales, que nacen de una percepción más subjetiva y que, pudiendo marcar alguna tendencia, no se debería asumir su directa aplicación a todas las Comunidades Autónomas, como son el aumento del control político sobre ámbitos gerenciales y profesionales y la profundización de la gestión burocrático-administrativa en los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas⁽⁴⁷⁾. J.J. Martín analizaba, en 2003, que “la generalización del proceso de transferencias ha reproducido un modelo burocrático de producción de servicios en la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas”⁶¹.

Desde 2002 a 2009 se ha avanzado suficiente camino para constatar que probablemente la senda esté alejando al Sistema Nacional de Salud de los objetivos que se habían establecido en la reforma sanitaria y ratificados —por ejemplo— en el Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos en el momento previo a la culminación de las transferencias de INSALUD.

Si bien es cierto que los datos disponibles no avalan la taumatúrgica bondad de la descentralización, tampoco se puede afirmar lo contrario. Es preciso (y democráticamente exigible) dotarse de instrumentos para evaluar la eficacia y la eficiencia de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Para que esto fuera posible es necesario que: 1. Exista un debate, posiblemente en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, sobre qué objetivos persigue el sistema sanitario público; cuáles son los indicadores más específicos, sensibles y factibles para monitorizar los logros; y qué peso deben tener los distintos indicadores y componentes en la evaluación de la eficacia y la eficiencia de los Servicios de Salud, y 2. El Sistema Nacional de Salud debe dotarse de un sistema de información homogéneo y actualizado, que recoja aquellos indicadores que se hayan considerado precisos para evaluar la eficacia y la eficiencia de los Servicios de Salud. Parece una hipótesis plausible que para que los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas progresen en calidad y eficiencia necesitan de la existencia de un Sistema Nacional de Salud. Sólo de esta forma se podrá descender desde la retórica política sobre la eficiencia de los distintos Servicios de Salud y “modelos” al ejercicio democrático de rendir cuentas (es decir: suministrar datos contrastables) de la gestión pública (Elola, 2002).

(47) De esta opinión participa Rodríguez-Vigil, quien señala que “la generalización en la mayor parte de las comunidades autónomas de un modelo de gestión y sobre todo de dirección de los servicios de salud marcadamente burocrático y muy rígido, que reproduce de forma casi mimética el anterior INSALUD, ... con el agravante de que en las Comunidades Autónomas ha aumentado de forma muy notable la politización partidista de los cuadros directivos sanitarios, incluso de aquellos que en la estructura de INSALUD tenían carácter profesional y técnico”. Cita 3, pp.276. Rodríguez-Vigil introduce en el mismo sentido como cita de autoridad un artículo de Rodríguez Sendín, Presidente del Consejo General de Colegios de Médicos y Repullo Labrador, Presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria: La sanidad española ante la crisis del profesionalismo y el buen gobierno. El País, 8 de septiembre de 2006.

Por el lado de la construcción del Sistema Nacional de Salud quedan importantes tareas por hacer, que requerirían la cooperación, entendimiento e inteligencia de los agentes que puedan tener una visión de conjunto del Estado, incluyendo dentro de estos agentes no sólo al Gobierno de España y a la Administración Central del Estado sino también de las Comunidades Autónomas, a los partidos políticos y agentes sociales de ámbito estatal, así como a las instituciones profesionales. Dentro de estas tareas se debe poner en primer lugar el cierre de la universalización de la asistencia sanitaria pública, pero también es necesario y urgente definir los derechos de los ciudadanos con respecto al Sistema Nacional de Salud⁽⁴⁸⁾ y desarrollar la arquitectura para su gobierno.

2.2 Evolución del sistema sanitario público asturiano desde 2002

¿Cuál ha sido el camino recorrido por el sistema sanitario asturiano desde 2002?. ¿Se está en la senda de alcanzar los objetivos establecidos en el Libro Blanco?. ¿Cómo se compara la sanidad pública asturiana con el Sistema Nacional de Salud?. A estas preguntas trata de responder este apartado, que seguirá —para facilitar la comparación— en la medida de lo posible la misma estructura que el apartado dedicado a la evolución del Sistema Nacional de Salud.

2.2.1 Aseguramiento público en Asturias

De conformidad con los datos de la Encuesta Nacional de Salud, la cobertura pública exclusiva en Asturias es del 86,1% (85,1% media nacional), un 0,3% es exclusivamente privada (1,4% media en España), mientras que un 13,5% de la población tiene una cobertura mixta (13,2% en España) y 0,12% (media española 0,3%) se corresponde con “otras situaciones”.

El Grupo de Trabajo de Gasto Sanitario estimaba la población protegida por la seguridad social en 2008 en 1.047.867 personas, un 97% sobre la población del padrón de habitantes (95,7% para el conjunto de Sistema Nacional de Salud), mientras que la base de datos de tarjeta sanitaria individual del SESPA para el mismo ejercicio en 1.071.966, lo que se aproximaba más al padrón de población que a la población protegida calculada para la distribución de la financiación. El Grupo de Trabajo cuantifica en 34.068 el número de beneficiarios de mutualidades con cobertura privada, lo que representa un 3% sobre el padrón de habitantes (4,3% como media del sistema).

(48) Aunque está implícito en el análisis de los datos y en la elaboración de las conclusiones, conviene explicitar la concepción que se utiliza en este informe en relación con la existencia de un derecho de ciudadanía respecto a la salud y la asistencia sanitaria, pues es posible que sea controvertida. Se considera que el derecho a la asistencia sanitaria pública es un derecho de ciudadanía exigible en todo el territorio del Estado. Las Comunidades Autónomas no han asumido la gestión de este derecho, sino la de los servicios sanitarios de la Seguridad Social, con la coordinación general de la sanidad y régimen económico de la Seguridad Social como competencias estatales.

Durante el período 2002-2008 Asturias ha tenido un ligerísimo crecimiento de población (padrón) incrementándose un 0,6% hasta llegar a 1.080.132 (proyección para 2009), habiéndose mantenido la tasa de envejecimiento en un 22% (22,1% en 2002 y 21,8% en 2008). Las proyecciones de población del INE a medio plazo (2018) estiman una ligera pérdida de población del 1,56%, mientras que las proyecciones a largo plazo elaboradas por Aladino Fernández García, Marcos Ortega Montequín y Juan Sevilla Álvarez, estiman una pérdida de un 2,9% de la población en el período 2010-2025⁶².

2.2.2 Financiación y gasto sanitario público en Asturias

Existen diferencias entre la información disponible en las estadísticas de gasto sanitario público (Contabilidad Nacional) y la información que sobre el gasto real ha sido proporcionada por el SESPA para elaborar este informe. Este hecho probablemente está motivado principalmente por el desplazamiento de deuda de un ejercicio al siguiente, del que participan probablemente la totalidad de las Comunidades Autónomas. Se emplearán en este apartado las cifras de contabilidad nacional porque permiten la comparación con la dinámica de gasto del conjunto del Sistema Nacional de Salud. La utilización de los datos reales de SESPA no modifica las conclusiones en relación con los aspectos más relevantes, que es la evolución y composición del gasto. Se ha tomado como primer ejercicio el de 2002, fecha de inicio de las transferencias, siendo 2001 difícilmente comparable.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Gasto	981.442	1.102.532	1.178.919	1.253.681	1.339.114	1.423.253	1.454.845	1.657.546	68,89%
PIB	15.882.347	16.851.536	18.002.404	19.568.258	21.322.595	22.831.851	23.876.516	23.040.838	
Gasto/PIB	6,18%	6,54%	6,55%	6,41%	6,28%	6,23%	6,09%	7,2%	
Población protegida	1.037.966	1.039.473	1.038.355	1.041.621	1.043.978	1.042.473	1.047.867	1.047.861	0,95%
Gasto deflactado	981.442	1.063.943	1.103.527	1.138.303	1.174.534	1.204.640	1.196.901	1.307.753	33,25%
Gasto deflactado p.p.p.	945,54	1.023,54	1.062,76	1.092,82	1.125,06	1.155,56	1.142,23	1.248,02	31,99%
Δ Interanual del gasto p.p.p.		8,25%	3,83%	2,83%	2,95%	2,71%	-1,15%	9,26%	4,10%

Fuente: Avance de los datos 2002-2007 de las estadísticas de gasto sanitario público. Gasto consolidado de CC.AA. Elaboración propia.

p.p.p.: por persona protegida (padrón-funcionarios con cobertura privada).

Informe del Grupo de Trabajo para el Gasto Sanitario 2007. Ambas fuentes en www.msps.es.

Para 2008 y 2009 se han utilizado las tasas previstas de crecimiento de gasto sanitario público en los presupuestos iniciales de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

Para 2009 se ha estimado un descenso del PIB a precios de mercado del 3,6% (previsión del cuadro macroeconómico 2008-2010).

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda.

Como deflactor del gasto se ha utilizado el IPC general (www.ine.es), estimando una tasa de crecimiento 2009/2008 del 0%.

Como puede observarse, el peso del gasto sanitario público sobre el PIB regional se ha mantenido, a pesar de los importantes crecimientos del gasto sanitario público (un 68,9% en el período, un 33,25% en términos constantes), hasta 2009, debido al importante crecimiento del PIB regional, que ha disminuido —en términos de renta per cápita— en 9 puntos su diferencial con la media nacional (84,9% en 2002 y 93,9% en 2008). Las previsiones de 2009 muestran el efecto que sobre la economía de la Comunidad Autónoma tiene una dinámica de crecimiento del gasto sanitario público muy

importante frente a un retroceso de la economía, ganando un punto el peso que el gasto sanitario público tiene sobre el PIB regional.

El gasto constante por persona protegida en Asturias ha crecido en el período 2002-2009 un 32% (con una tasa de crecimiento interanual del gasto del 4,1%), un porcentaje superior al 28,4% que se corresponde con el promedio del Sistema Nacional de Salud. No puede atribuirse el incremento de gasto sanitario público en Asturias a factores poblacionales (crecimiento, envejecimiento poblacional)⁽⁴⁹⁾, pues demográficamente la población asturiana se ha mantenido estable durante el período, por lo que el crecimiento del gasto corresponde principalmente al incremento del coste de los factores y/o de la intensidad tecnológica.

Siguiendo la tendencia del Sistema Nacional de Salud, el peso de los gastos de personal sobre el total del gasto ha aumentado (47,7% en 2002 y 50,1% en 2008), así como el gasto por la compra de bienes corrientes y servicios, reflejando una mayor producción propia, con una pérdida en 2 puntos porcentuales de peso del gasto por recetas (24,7% a 22,6%) sobre el total del gasto. En términos monetarios los gastos de personal se han incrementado un 71% en el período 2002-2008, algo más de 8 puntos porcentuales que la media de crecimiento del gasto real durante el período.

El crecimiento del gasto en atención especializada y en atención primaria tuvo un comportamiento similar, pasando de una distribución 12,8%-60%-24,5% (primaria-especializada-recetas-) en 2002 a 13,2%-61,2%-22,5% en 2008. El peso del gasto en administración y servicios generales sobre el total del gasto del SESPA era en 2008 de 1,58%.

En relación con la financiación se debe subrayar que, a pesar de las previsiones contenidas en el Acuerdo de 15 de julio de 2009 para la reforma del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas, existen dos aspectos que alertan sobre el final de la etapa expansiva del gasto sanitario público que ha presidido el período 2002-2008: 1. el sistema descansa básicamente en la capacidad recaudatoria de cada Comunidad Autónoma en un escenario de crecimiento lento de la economía y, por tanto, de los recursos tributarios en una Comunidad Autónoma cuya renta está por debajo de la media del Estado; y 2. el componente determinante de la "unidad de necesidad", que sirve para el cálculo del "fondo de garantía", es la población, con unas expectativas de crecimiento lento o negativo de la población.

(49) El ligero incremento de población más el envejecimiento puede explicar, aplicando la ponderación por siete tramos de edad que utiliza el grupo de trabajo de gasto sanitario, un 4,3% del crecimiento del gasto durante el período 2002-2009. Aplicando el mismo cálculo al conjunto del SNS explicaría un 13,1% de crecimiento.

2.2.3 Legitimación social del sistema sanitario público asturiano

El Barómetro Sanitario realizado en el año 2000³³ mostraba que, en Asturias, un 44,7% de la población opinaba que el sistema sanitario funcionaba bien, mientras que el 21% opinaba que necesitaba cambios fundamentales o que era preciso rehacerlo. En 2008, el 48% de la población opina que el sistema funciona bien, mientras que el 16,9% piensa que son necesarios cambios fundamentales o que es preciso rehacerlo, mostrando —partiendo de un alto nivel de consideración— una mejora en la percepción de la población sobre el funcionamiento del sistema sanitario público. El 47,9% de la población opina que son necesarios cambios, una proporción muy similar a la de 2002.

La población asturiana participa de la tendencia, ya observada en relación con el conjunto del Sistema Nacional de Salud, como es la disminución de la opción por la provisión pública y el aumento de la opción por la provisión privada, que se da de forma consistente para consultas de atención primaria y especializada, así como en relación con la hospitalización.

Como en el conjunto del Sistema Nacional de Salud un creciente número de ciudadanos —aunque con un crecimiento notablemente menor que para la media del sistema— opina que las autoridades sanitarias no están haciendo lo suficiente para mejorar las listas de espera (18,2% en 2000 y 23,9% en 2008), aumentando de forma paralela el porcentaje de personas que piensan que las listas de espera no han mejorado sino que han empeorado. La misma tendencia puede observarse en relación con la opinión sobre si la atención en consultas (primaria, especializada) y hospitalización ha mejorado (tendencia a la baja en el período 2000-2008) o ha empeorado (tendencia al alta).

La percepción mayoritaria de la población (44,4%) es que los servicios que reciben son iguales a los del resto de las Comunidades Autónomas, situándose en quinto lugar (tras País Vasco, Navarra, Cataluña y Madrid) en la percepción de que los servicios que recibe son mejores que los del resto de Comunidades Autónomas.

Siguiendo la tendencia del Sistema Nacional de Salud, la opinión de los ciudadanos asturianos sobre que las Comunidades Autónomas gestionan mejor los servicios sanitarios que la Administración Central del Estado se ha reducido tras la transferencia completa de los servicios del INSALUD al Principado (30,9% en 2003 y 10,3% en 2008), mientras que ha crecido la opinión de que las Comunidades Autónomas gestionan peor (2,9% a 7%), siendo en 2008 mayoritaria la opinión de que las Comunidades Autónomas gestionan igual que la Administración Central del Estado (55,9%). Aunque una mayoría de los ciudadanos asturianos opina que “las Comunidades Autónomas debían ponerse de acuerdo entre ellas” (67%) es la Comunidad Autónoma que menos percibe esta necesidad (86,2% media nacional), incluyendo a Navarra y País Vasco.

2.2.4 Utilización de servicios

La Memoria del SESPA de 2008⁶³ estima la frecuentación de consultas de medicina en atención primaria en 6,19 por habitante y año, muy similar a la existente en 2001. La frecuentación pediátrica es de 6,7 y la de enfermería de 3,6.

La frecuentación hospitalaria estimada en el Libro Blanco era, para 1999, de 102,9 ingresos por mil habitantes y año (red de uso público), calculándose en 104,6 para 2008⁽⁵⁰⁾, por lo que puede deducirse que no ha habido un significativo incremento en la frecuentación hospitalaria⁽⁵¹⁾.

Los datos de recetas facturadas al SESPA⁽⁵²⁾, disponibles para el período 2003-2008 muestran un aumento del 25% en el número de recetas por persona protegida (de 18 a 23 recetas por persona protegida y año).

La demora media de la lista de espera quirúrgica estructural es, en el SESPA (2008), de 63 días, no existiendo ningún paciente que tenga que esperar más de 180 días. La demora media para consultas de especialista es de 40 días (Memoria SESPA, 2008). Estos datos se comparan favorablemente con la media del Sistema Nacional, que tenía —a 31.12.08— una demora media de lista de espera quirúrgica estructural de 71 días y una demora media en consultas externas de 59 días⁽⁵³⁾.

2.2.5 Eficiencia y productividad

En el apartado 2.2.2 se ha señalado el rápido crecimiento del gasto sanitario tanto en términos monetarios, como constantes y en euros constantes por persona protegida. No pudiéndose atribuir el incremento del coste al aumento y/o envejecimiento de la población, los dos factores que pueden influir en este aumento son tanto el coste de los factores de producción como de la intensidad tecnológica. La utilización (en términos de frecuentación) de las consultas médicas de atención primaria y de los ingresos hospitalarios no parece haber aumentado de forma significativa, existiendo un claro aumento en el consumo de recetas por persona.

En relación con el incremento del coste de los factores de producción el componente más relevante son los gastos de personal, que representan un 50% sobre el gasto total. Los gastos de personal

(50) Se debe señalar que se están utilizando dos fuentes distintas, lo que puede introducir sesgos. No obstante, la conclusión de que no ha habido un significativo incremento de la frecuentación permanece válida.

(51) Se debe señalar que se están utilizando dos fuentes distintas, lo que puede introducir sesgos. No obstante, la conclusión de que no ha habido un significativo incremento de la frecuentación permanece válida.

(52) Fuente: Memoria SESPA 2008. Los datos recogidos en la Memoria no concuerdan con los publicados por el MSyPS.

(53) Fuente: Sistema de información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Situación a 31 de diciembre de 2008. Indicadores resumen.

(<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/listaDiciembre08CI2.pdf>).

han crecido en términos monetarios un 71% durante el período 2002-2008, un 35% en términos constantes. Este crecimiento se ha debido, en parte, a un aumento de la plantilla⁽⁵⁴⁾ (1.737 personas más en 2008 que en 2002, un 13,9% de crecimiento), especialmente en personal facultativo (624;24%) y sanitario no facultativo (1.005; 16%). El deslizamiento de la composición del personal hacia categorías profesionales más altas (médicos y enfermeras), así como las subidas salariales producidas (acuerdo de 2002 y 2007, carrera profesional) explican el resto del crecimiento de los costes laborales en términos constantes.

El aumento de costes de personal en atención primaria ha sido de un 44% en términos constantes durante el período 2003-2008, en el que la población protegida (medida por TSI) creció un 0,4%. El aumento de la plantilla orgánica en atención primaria ha sido aproximadamente de un 14%. Como se ha comentado, la frecuentación a medicina de atención primaria no se ha modificado, ni se ha producido un mayor envejecimiento de la población, por lo que se puede deducir que probablemente ha habido una caída en la productividad en este ámbito de atención.

Paralelamente al crecimiento de costes laborales en atención primaria, el aumento de este factor en asistencia especializada ha sido de un 39% también en términos constantes. Si se comparan los datos de atención especializada de INSALUD para Asturias en 2001⁶⁴ con los datos de la Memoria deL SESPA 2008⁽⁵⁵⁾:

	2001	2008	2008/2001	Observaciones
Población	1.071.138	1.080.138	0,84%	TSI (Memoria SESPA 2008)
Altas hospitalarias*	96.463	99.833	3,49%	Hospitales INSALUD 2001: Red de hospitales de Área o Distrito SESPA (2008). No incluye en ambos casos ni Jove ni Arriandas.
Estancia media	8,6	8,3	-3,3%	Datos de la base de CMBD del SNS 2001 / 2007 ⁽⁵⁶⁾ .
I. Complejidad	1,05	1,01	-3,26%	
Coste medio por ingreso	2.933	3.686	25,70%	
Frecuentación hospital (*1000)*	90,1	92,4	2,63%	Sobre las altas de la red de hospitales que se compara. La frecuentación estimada para el conjunto de la red de hospitales de Área o Distrito es 104,6, muy similar a la existente en 2001.
Total I.Q*	59.145	54.061	-8,60%	Hospitales INSALUD 2001: Red de hospitales de Área o Distrito SESPA (2008). No incluye en ambos casos ni Jove ni Arriandas.
I.Q. Programadas hospital	27.186	24.042	-11,56%	
I.Q. Programadas amb.	22.284	20.508	-7,97%	
I.Q.U. hospital	8.801	8.801	0,00%	
I.Q.U. amb.	874	710	-18,76%	
I.G. Amb / Total	39,15%	39,25%	0,24%	

(54) Los datos que se ofrecen son de plantilla orgánica.

(55) Se debe señalar que se están utilizando dos fuentes distintas, lo que puede introducir sesgos. No obstante, en orden de magnitud las conclusiones del análisis se consideran válidas, tanto para medir el incremento de la intensidad tecnológica como en relación con las variaciones en la productividad. En observaciones se introducen las consideraciones más relevantes para introducir los menores sesgos posibles.

(56) <http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/Informe.aspx>.

	2001	2008	2008/2001	Observaciones
Frecuentación quirúrgica (*1000)*	55,2	50,1	-9,36%	Sobre las altas de la red de hospitales que se compara. La frecuentación estimada para el conjunto de la red de hospitales de Área o Distrito es 57.
Sesiones Hospital de Día*	36.355	75.638	108,05%	Hospitales INSALUD 2001: Red de hospitales de Área o Distrito SESPA (2008). No incluye en ambos casos ni Jove ni Arriondas.
Sesiones HdD/Estancias Hosp*	4,4%	9,4%	110,96%	
C. Externas Totales*	1.508.737	1.674.289	10,97%	
C. Externas Primeras	479.174	530.319	10,67%	
C. Externas Sucesivas	1.029.563	1.143.970	11,11%	
Relación Sucesivas/Primeras*	2,1	2,2	0,40%	
Frecuentación c. externa*	1,4	1,6	10,05%	Sobre las altas de la red de hospitales que se compara. La frecuentación estimada para el conjunto de la red de hospitales de Área o Distrito es 1,7.
Urgencias Hospitalarias*	352.821	420.401	19,15%	Hospitales INSALUD 2001: Red de hospitales de Área o Distrito SESPA (2008). No incluye en ambos casos ni Jove ni Arriondas.
% Ingresados/Totales*	19,10%	16,03%	-16,08%	
Frecuentación urgencias (*1000)*	329	389	18,16%	Sobre las altas de la red de hospitales que se compara. La frecuentación estimada para el conjunto de la red de hospitales de Área o Distrito es 442,4.
Índice ponderado de actividad	1.073.313,40	1.103.766,35	2,84%	

*Para hacer comparable el incremento de actividad se han tomado los datos de la Memoria de SESPA referidos a la Red de Hospitales propios, excluyendo los Hospitales de Jove y Arriondas, que no estaban incluidos en los datos del INSALUD de 2001. Índice ponderado de actividad = [(Nº Altas Hospital*Estancia Media) + (Nº CMA*2,4) + (Nº Sesiones HdD*0,3) + (Nº C. Externas primeras * 0,25) + (Nº Urgencias * 0,30)]

La tabla de evolución de la actividad hospitalaria 2001-2008 ofrece algunos datos de interés. Las estimaciones de frecuentación (con las limitaciones señaladas en la tabla) coinciden en la hipótesis de que no se ha producido un aumento significativo en la frecuentación hospitalaria ni en la frecuentación quirúrgica.

La estancia media se ha reducido un 3,3%, por debajo de la tasa del conjunto del Sistema Nacional de Salud, y éste es un dato preocupante, puesto que la estancia media de los hospitales de SESPA es superior a la media del sistema, la cual es a su vez notablemente más prolongada que la de otros países europeos con servicios nacionales de salud. Este hecho no puede ser explicado por un aumento de la complejidad de los casos atendidos, pues el índice de complejidad, de hecho, se ha reducido. Ha aumentado notablemente la actividad de hospitalización de día, aunque se ha reducido notablemente el número de cirugías ambulatorias, manteniéndose su proporción sobre las totales, cuando debería esperarse un aumento de la ambulatorización quirúrgica. Asimismo se ha incrementado la actividad y la frecuentación en dos actividades que alertan sobre el papel que realmente está desarrollando la atención primaria como “puerta de entrada” del sistema⁽⁵⁷⁾: las consultas

(57) La ineficacia de la atención primaria como puerta de entrada no supone necesariamente que sea de responsabilidad exclusiva de este nivel de atención, pues la falta de integración de la atención primaria y especializada alrededor del proceso asistencial o posibles fallos en el nivel de atención especializada (retrasos en las pruebas diagnósticas) puede explicar una parte importante de los datos (incremento de las consultas externas y de las urgencias hospitalarias sin ingreso) que indican esta insuficiencia.

externas (con un ligero mayor aumento de las consultas sucesivas) y las urgencias hospitalarias (con una disminución de la proporción de ingresos sobre el total de urgencias atendidas). Un dato que señala problemas de eficiencia es la estancia media preoperatoria, que para los ingresos programados es de 1 día (similar a la del Sistema Nacional de Salud) y para los urgentes de 3,5 días.

Se ha elaborado una aproximación a un índice sintético de actividad, estando recogida la fórmula empleado en la tabla, como aproximación al posible incremento de actividad que se haya podido producir en el período en los hospitales gestionados directamente por el SESPA. De conformidad con esta aproximación, el incremento de actividad (menos del 3%) es notablemente menor que el incremento de los costes de personal en términos constantes (39%), por lo que se puede deducir que, de forma paralela a lo que se señalaba para la atención primaria, probablemente ha habido también una caída en la productividad en asistencia especializada. El aumento de la plantilla orgánica en atención especializada ha sido aproximadamente de un 10%.

El gasto farmacéutico creció un 32,24% en el período 2003-2008⁽⁵⁸⁾, duplicando la tasa de crecimiento de la media del sistema. El coste (para el sistema) medio por receta aumentó un 5% (13,6 en 2003 y 14,2 en 2008).

El descenso de productividad que probablemente se ha producido en el sistema sanitario público asturiano es, posiblemente, un fenómeno generalizado en el Sistema Nacional de Salud. En el sistema sanitario público asturiano son varias las causas que lo explican:

- Por el lado del incremento de la producción, la estabilidad demográfica de la población asturiana ha motivado que los incrementos de actividad hayan sido muy ligeros.
- Por la vertiente de los costes, se pueden señalar los siguientes factores, que están relacionados entre sí:
 - El aumento de las plantillas (14% en atención primaria; 10% en atención especializada).
 - Disminución de la jornada laboral anual, que ha pasado de 1.645 horas por año a 1.519 horas por año. Una reducción del 8,6%, que supone 126 horas por año menos; es decir 18 jornadas, de 7 horas, menos.
 - El incremento —siguiendo la estela de la función pública— de los derechos a disfrutar permisos y licencias retribuidos, así como la entrada en vigor del Estatuto del Empleado de la Función Pública, con un aumento del número de vacaciones el personal estatutario con mayor antigüedad⁽⁵⁹⁾,⁽⁶⁰⁾.
 - Número creciente de módulos para mayores de 55 años, que obliga a contratos específicos para guardias “ordinarias”.

⁽⁵⁸⁾ Fuente: Memoria SESPA 2008.

⁽⁵⁹⁾ Resolución de 23 de octubre de 2006, de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, sobre permisos, licencias y vacaciones del personal de las instituciones sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

⁽⁶⁰⁾ Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público.

La política de recursos humanos se configura, por tanto, como el elemento más relevante para mejorar la calidad, eficiencia y productividad del sistema sanitario público en Asturias⁽⁶¹⁾. De conformidad con los datos proporcionados por el SESPA, aproximadamente la cuarta parte de médicos especialistas (excluyendo atención primaria) tendrá más de 65 años en el período 2010-2015, por lo que la política de jubilaciones, reordenación de servicios y recursos y selección e incorporación del personal en las plazas que queden vacantes, tendrá una importancia primordial. Muchas de las jefaturas de servicio se concentran en este grupo de edad, por lo que la renovación de los puestos directivos de gestión clínica con nuevos liderazgos puede permitir que su efecto en la práctica sea superior al ya importante peso numérico.

El perfil demográfico de los médicos de familia es notablemente distinto al de los médicos de atención especializada, tanto en edad media, más baja (en el período 2010-2015 se cumplirá más de 65 años el 8% de la población), como por el coeficiente de feminización (1,3 frente al 0,8 de atención especializada)⁽⁶²⁾. Se debe tomar en consideración el distinto perfil demográfico para el desarrollo de las políticas de recursos humanos.

El personal de enfermería (DUE y ATS), tanto en atención primaria como atención especializada, tiene una población más joven y notablemente más feminizada que el médico.

2.3 Organización y funcionamiento de los Servicios Nacionales de Salud en los países de la Unión Europea. Analogías y diferencias con la relación entre SESPA y Sistema Nacional de Salud⁽⁶³⁾

Los análisis comparados entre sistemas sanitarios permiten, por una parte, visualizar la propia realidad en un contexto más general en el que (si la comparación es relevante) se está inmerso⁽⁶⁴⁾. Asimismo posibilitan analizar cómo se han enfrentado otros países a problemas compartidos y qué soluciones han habilitado, siempre desde la prudencia de no pretender trasladar mecánicamente éstas a un contexto que, en ocasiones, es muy diferente.

(61) Aunque inevitablemente este informe se refiere con mayor frecuencia a los médicos y personal de enfermería como agentes clave para la calidad y eficiencia en la prestación de la asistencia sanitaria, las políticas de recursos humanos atienden al conjunto del personal del sistema sanitario público y la contribución de otras profesiones y oficios tiene asimismo una incidencia muy importante sobre la calidad y eficiencia del servicio.

(62) Datos proporcionados por el SESPA.

(63) Algunos de los datos y consideraciones contenidas en este apartado están basados en el trabajo citado sobre cohesión sanitaria en Europa, elaborado en 2008 para el Ministerio de Sanidad y Consumo.

(64) Por ello, comparaciones tan amplias entre sistemas sanitarios como las del famoso "ranking" de la OMS, en la que el Sistema Nacional de Salud queda muy bien clasificado tras naciones como Singapur o San Marino (WHO. The World Health report 2000. Health Systems: Improving Performance. WHO: Geneva. 2000) probablemente carecen de relevancia.

El Sistema Nacional de Salud está basado, como se comentó en el capítulo 1 de este informe, en el modelo de “servicio nacional de salud”. Se ha considerado conveniente dedicar un breve repaso a la tipología de los sistemas sanitarios. A continuación se hará un repaso de los datos más relevantes de los sistemas sanitarios de la Unión Europea que tienen “servicios nacionales de salud” y de los que se dispone de datos e información reciente y fiable; se evita, por tanto, mezclar datos procedentes de otros países de la Unión Europea que tienen sistemas basados en el modelo de “seguros sociales”. Por último, se hará un repaso sobre las tendencias que en relación con la organización y gestión de los servicios nacionales de salud se pueden apreciar.

2.3.1 Tipología de los sistemas sanitarios

Sistemas sanitarios son “los recursos que moviliza y las instituciones que organiza una sociedad para atender las necesidades de salud de su población”⁶⁵. Las instituciones y mecanismos de financiación, aseguramiento y provisión de los sistemas sanitarios pueden agruparse en distintos modelos. Desde Roemer⁴⁴ se distinguen tres tipos básicos de modelos sanitarios: servicios nacionales de salud, sistemas de seguros sociales y liberales. Estos modelos se originan en ideologías políticas y valores sociales distintos y su “arquitectura” (organización y funcionamiento) responde a estas ideologías y valores. Una visión esquemática del entramado de relaciones entre sistema socioeconómico, valores y tipologías básicas de sistemas sanitarios fue propuesta en otros trabajos²⁵:

Tipologías de Sistemas Sanitarios			
Sistema económico	Capitalista/corporatista		Capitalista/liberal
Régimen de bienestar	Universal	Corporatista	Liberal
Ideología	Socialdemócrata	Demócratacristiana	Liberal
Valores	Igualitaristas	Doctrina social de la Iglesia	Individualistas
Derecho a la protección de la salud	+	+	-
Acceso vinculado al trabajo	-	+	+
Modelo sanitario	Servicio Nacional Salud	Seguros Sociales	Privado
Financiación	Pública (impuestos)	Pública (cotizaciones)	Privada (pólizas)
Aseguramiento	Público (universal)	Público (múltiple)	Privado
Provisión	Pública	Privada	Privada
Ejemplo paradigmático	Suecia	Alemania	EE.UU.

Los sistemas sanitarios son componentes importantes del estado del bienestar en los países de la Unión Europea. Los “estados del bienestar” en los países occidentales desarrollados pueden clasificarse en tres grandes tipos o “régimenes”⁶⁶: liberal, corporatista y social-demócrata o universal. La titularidad por la que se accede al derecho social de protección de la salud (asistencia sanitaria financiada públicamente): insuficiencia de medios (típico de los sistemas de “beneficencia” de los sistemas privados), vinculada al trabajo (cotizaciones en los sistemas de seguros sociales) o universal (como un derecho de ciudadanía) es la característica que mejor diferencia entre los distintos tipos de estado de bienestar.

Los estados del bienestar están profundamente enraizados en las instituciones políticas y económicas de los países occidentales desarrollados. Gough ha teorizado que las economías capitalistas “corporatistas” —todas las del entorno de la Unión Europea, donde existe una “concertación social”— son más capaces de satisfacer las necesidades de la población que las economías liberales⁶⁷.

Basándose en el tipo predominante de sistema económico y en la titularidad al acceso a los servicios sanitarios, los sistemas sanitarios de los países occidentales desarrollados pueden clasificarse en los grupos propuestos en la tabla, clasificación que coincide básicamente con la propuesta por Roemer. Sin embargo, como cualquier otra clasificación es esquemática, por lo que conviene señalar que:

- La clasificación se aplica a sistemas sanitarios tipo Servicio Nacional de Salud (por ejemplo, el paradigmático National Health Service británico) con regímenes liberales de bienestar social (Reino Unido de Inglaterra).
- El Sistema Nacional de Salud español no puede considerarse completamente “universal”.
- La clasificación utilizada en el Informe no atiende primariamente a los flujos financieros y a las características de los proveedores de los servicios, que es la aproximación tradicional de la OCDE. Sin embargo, existe una estrecha relación entre el tipo de sistema sanitario y las principales características de sus mecanismos de financiación, aseguramiento y provisión.
- En todos los países occidentales desarrollados coexisten varios tipos de subsistemas sanitarios. En países con Servicios Nacionales de Salud paradigmáticos (por ejemplo Reino Unido o Suecia) coexiste un sector privado liberal, mientras que en un sistema tan liberal como el de los Estados Unidos hay espacio para un subsistema universal (Medicare). La clasificación utilizada atiende al tipo predominante de cada uno de los países de la Unión Europea.

2.3.2 Indicadores comparados entre países de la Unión Europea con “servicios nacionales de salud”

Se utilizan para comparación con el Sistema Nacional de Salud los datos de los siguientes países de la Unión Europea con “servicios nacionales de salud”: Dinamarca, Finlandia, Reino Unido y Suecia.

En un estudio elaborado para Eurostat⁶⁸, España se sitúa en el nivel más bajo de protección social de los países con los que se compara, tanto en términos de gasto por habitante en poderes paritarios de compra, como en el peso que el gasto social tiene sobre el PIB:

Gasto en protección social (€ por habitante en PPC, 2004)	
Dinamarca	8.470
España	4.438
Finlandia	6.997
Reino Unido	6.994
Suecia	8.756

Por el contrario, el peso del gasto sanitario público sobre los gastos de protección social es, en España, el más elevado de entre los países con los que se compara (el del Reino Unido es similar), frente a lo que ocurre con el resto de los renglones de protección social, y aún a pesar de que la contabilización del gasto sanitario en España no incluye, a diferencia de la mayoría de los restantes países, algunos gastos “socio-sanitarios”:

Países	Total	Pensiones		A. Sanitaria		Discapacidad		Familia/Niños		Desempleo		Vivienda y Exclusión Social	
		% TGS	% PIB	% TGS	% PIB	% TGS	% PIB	% PIB	% TGS	% TGS	% PIB	% TGS	% PIB
Dinamarca	29,7	37,2	11,1	20,6	6,1	13,9	4,1	3,9	13,0	9,5	2,8	5,8	1,7
España	19,5	43,7	8,5	30,8	6,0	7,5	1,5	0,7	3,5	12,9	2,5	1,7	0,3
Finlandia	25,9	36,9	9,6	25,5	6,6	13,2	3,4	3,0	11,5	9,8	2,5	3,1	0,8
Reino Unido	25,8	44,6	11,5	30,4	7,8	9,2	2,4	1,7	6,7	2,6	0,7	6,4	1,7
Suecia	31,6	40,1	12,7	25,4	8,0	14,8	4,7	3,0	9,6	6,2	2,0	3,9	1,2

El relativamente bajo peso del gasto social sobre el PIB de España en comparación con los otros países está en relación con la también comparativamente baja presión fiscal (todos los ingresos que se recaudan por el Estado o sus entes, incluyendo Seguridad Social) en España, a pesar de su notable incremento en los últimos 20 años (desde la aprobación de la Ley General de Sanidad):

Presión fiscal (2004)	1986	2004	Δ 2004/1986
Dinamarca	48,4	48,8	0,83%
España	29,0	34,8	20,00%
Finlandia	41,4	44,2	6,76%
Reino Unido	38,2	36,0	-5,76%
Suecia	50,0	50,4	0,80%

Fuente: OECD Factbook 2007: Economic, Environmental and Social Statistics. OECD 2007.

España tiene un gasto sanitario total, medido en términos de su participación sobre el PIB, similar al del Reino Unido. En la definición de la OCDE, “gasto sanitario” comprende también el “cuidado de personas que requieren asistencia de enfermería”, así como “el cuidado de personas con minusvalías relacionadas con la salud, o discapacidad, que requieren asistencia de enfermería”. En las cuentas de gasto sanitario en España no se incluye el gasto en residencias asistidas y otros gastos “socio-sanitarios”, que sí están incluidos en los otros países.

Gasto sanitario sobre PIB (2006)	Total	Público	Público/Total
Dinamarca	9,5	8,0	84,10%
Finlandia	8,2	6,2	75,60%
España	8,4	6,0	71,40%
Reino Unido	8,4	7,3	86,90%
Suecia	9,2	7,5	81,50%

Fuente: INE.

En cuanto a la participación del gasto sanitario público sobre el total del gasto sanitario, España se sitúa en un 71,4%, por debajo de los restantes países con “servicios nacionales de salud” y más de diez puntos porcentuales por debajo del Reino Unido o Suecia.

Un hecho diferencial y notorio es el mayor gasto en recetas médicas del sistema sanitario español respecto al resto de países con servicios nacionales de salud. En porcentaje de gasto farmacéutico sobre el gasto total es, como mínimo, cinco puntos más elevado en España, lo que se traduce en notablemente mayor gasto per cápita en medicamentos que en el resto de los países.

Gasto farmacéutico sobre gasto total (2007)	Total
Dinamarca	8,6
Finlandia	14,1
España	21,0
Reino Unido (1997)	15,9
Suecia	13,4
Fuente: OECD Health Data 2009 - Frequently Requested Data.	

Gasto farmacéutico en poderes paritarios de compra (US\$) (2007)	Total
Dinamarca	301
Finlandia	400
España	562
Reino Unido (1997)	No comparable
Suecia	446
Fuente: OECD Health Data 2009 - Frequently Requested Data.	

En camas de hospitales de agudos por mil habitantes, España se sitúa en el entorno de dotación de camas de los países con servicios nacionales de salud, aunque Reino Unido (2,1) y Suecia (2,2) tienen menor dotación. En relación con la dotación de equipos de alta tecnología (Tomografía Axial Computerizada, Resonancia Nuclear Magnética, Equipos de Radioterapia y de Litotricia), España se sitúa en la media de los países estudiados:

Camas Hospitales de Agudos/1000 habitantes (2005)	
Dinamarca (2004)	3,1
Finlandia	2,9
España (2004)	2,6
Reino Unido	2,1
Suecia	2,2

TAC/Millón de habitantes (2005)	
Dinamarca	13,8
Finlandia	14,7
España	13,5
Reino Unido	7,5
Suecia (1999)	14,2

RNM/Millón de habitantes (2005)	
Dinamarca (2004)	10,2
Finlandia	14,7
España	8,1
Reino Unido	5,4
Suecia (1999)	7,9

Equipos de Radioterapia/Millón de habitantes (2005)	
Dinamarca	6,8
Finlandia	8,8
España	4,2
Reino Unido	4,1
Suecia (n.d.)	

Equipos de Litotricia/Millón de habitantes (2005)	
Dinamarca (n.d.)	
Finlandia	0,4
España	1,9
Reino Unido (n.d.)	
Suecia (n.d.)	

España tiene más médico/as y menos enfermero/as por mil habitantes que los países con los que se compara y especialmente con Reino Unido y Suecia.

En relación con el número de médicos/as, la OCDE incluye los médicos licenciados y con autorización para ejercer (excluyendo dentistas o estomatólogos), incluyendo Médicos Internos y Residentes, así como médicos extranjeros con ejercicio en el país. Excluye a profesionales trabajando en la administración, investigación y otros puestos sin contacto directo con los pacientes, así como profesionales jubilados o en paro, o que trabajan en el extranjero:

Médicos/as /1000 habitantes (2005)	
Dinamarca	3,6
Finlandia	2,4
España	3,8
Reino Unido	2,4
Suecia (1999)	3,4

La OCDE incluye como enfermeros/as a personas que han completado un programa de educación básica en enfermería y están autorizadas en el país para ejercer la enfermería en todos los ámbitos. Incluye tanto enfermeras con formación de alto nivel, como enfermeras asociadas, auxiliares y vocacionales, incluyendo profesionales extranjeros autorizados para trabajar en el país. No incluye auxiliares y asistentes que no tienen certificación en enfermería, matronas (salvo que trabajen a tiempo parcial como enfermeros/as), profesionales trabajando en administración u otros puestos sin

contacto directo con los pacientes, y personas que trabajan en el extranjero. Las cifras de España incluyen matronas, así como auxiliares de enfermería.

Enfermeros/as/1000 habitantes (2005)	
Dinamarca (2004)	7,7
Finlandia (2004)	7,6
España	7,4
Reino Unido	9,1
Suecia (2004)	10,6

La frecuentación hospitalaria es inferior a la media de los países con los que se compara, aunque en algunos de estos países se incluyen las altas de cirugía mayor ambulatoria:

Frecuentación hospitales agudos*1000 habitantes y año (2005)	
Dinamarca	170
Finlandia ¹	258
España	108
Reino Unido ²	169
Suecia	161

(1) incluye algunas hospitalizaciones de día; (2) se han depurado las hospitalizaciones de día
Fuente: OCDE, 2007.

La estancia media de los hospitales de agudos en España (6,7 días) está por encima de los países con los que se compara, siendo notablemente más alta que la de Suecia —4,6— y Reino Unido —6,1—. La diferencia de estancia media es aún mayor si sólo se tiene en consideración la del Sistema Nacional de Salud (7,5 días).

Estancia media en los hospitales de agudos (2005)	
Dinamarca	3,5
Finlandia	4,8
España (2004)	6,7
Reino Unido	6,1
Suecia	4,6

Fuente: OCDE, 2007.

Por último, llama la atención la frecuentación de medicina general en España (7,4 visitas por habitante y año), notablemente superior a la de los países con servicios nacionales de salud (por ejemplo, Suecia —2,8— y Reino Unido —3,2—). Esta tendencia se mantiene cuando se compara el número de consultas per cápita, que incluyen todas las consultas ambulatorias.

Consultas de medicina general por habitante y año (2005)	
Dinamarca	2,9
Finlandia	2,1
España ¹	7,4
Reino Unido (2006)	3,3 ⁽²⁾
Suecia (2003) ³	2,8

(1) En el Sistema Nacional de Salud. Fuente: MSC. Indicadores SNS. 2005, discrepante con el dato reflejado en los ECHI —Fuente del resto de los datos—, que es sólo de 3,2.
(2) Fuente: The Information Centre (DH): Trends in Consultation Rates in General Practice 1995-2006.
(3) Fuente: Glenngård A.H., Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Sweden. Health system review. Copenhagen: World Health Organization 2005.

Consultas ambulatorias por habitante y año (2005).	
Dinamarca	7,5
Finlandia	4,3
España	9,5
Reino Unido	5,1
Suecia	2,8

Fuente: OCDE. Health at a Glance. 2007. Draft.

2.3.3 Tendencias organizativas y de gestión en los servicios nacionales de salud

No son frecuentes los trabajos sobre tendencias organizativas y de gestión de los sistemas sanitarios. El Observatorio Europeo sobre Sistemas Sanitarios realizó un estudio para el Informe Wanless⁶⁹, sobre retos y tendencias de los sistemas sanitarios de ocho países, tres de ellos (Dinamarca, Reino Unido y Suecia) con servicios nacionales de salud⁷⁰. El informe del Observatorio Europeo no incluye un análisis sobre la existencia de retos y tendencias comunes a los distintos países, si los hubiera. Aún más alejado en el tiempo está el elaborado por Elola (1996) en relación con los países de la Unión Europea²⁵. Un informe reciente se realizó para el Ministerio de Sanidad y Consumo, teniendo como foco de interés los aspectos relativos a la “cohesión sanitaria” en Europa, del que se extractan los siguientes aspectos relativos a los “servicios nacionales de salud”.

Centralización/descentralización

En los países nórdicos analizados en el citado informe (Dinamarca, Finlandia y Suecia), con una tradición muy importante de descentralización (“devolución” en la clasificación de Rondinelly) hacia entes territoriales con autonomía política, existe una poderosa tendencia hacia la centralización de la gestión del sistema sanitario en el Estado. Dinamarca ha suprimido el nivel de condados; y en Suecia un Comité ha propuesto la misma medida⁽⁶⁵⁾, adoptada también en Noruega, y una estruc-

(65) Committee on Public Sector Responsibilities. Summary (2007).

tura federal, la Asociación Sueca de Autoridades Locales y Regionales (SALAR), tiene un importante papel en la negociación de las condiciones de trabajo de los empleados de municipalidades y condados, y la tendencia es que asuma un mayor papel —junto con el Ministerio de Salud Sueco y el Consejo de Salud y Bienestar Social— en el desarrollo de políticas de cohesión.

Inglaterra mantiene estructuras notablemente centralizadas en relación con la financiación y regulación del sistema, situación que se aplica —al menos en cuanto a la financiación, pero también a numerosas agencias reguladoras— en lo que al Reino Unido se refiere también a Escocia, Irlanda y País de Gales, en donde se ha producido un reciente proceso de descentralización político-administrativa muy profundo.

De los nueve sistemas sanitarios analizados en el informe sobre “Cohesión Sanitaria en Europa”, seis de ellos (Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Holanda y Reino Unido) están notablemente centralizados⁽⁶⁶⁾; un país (Dinamarca) va a centralizar la gestión del sistema sanitario en el nivel estatal, suprimiendo los condados, otro país (Suecia) está evaluando desarrollar una estructura más centralizada, siguiendo la tendencia de otros países nórdicos a la asunción por el estado de las competencias en salud y servicios sanitarios de los condados; mientras que Finlandia tiene un muy elevado grado de descentralización en los municipios, parcialmente contrabalanceado por la cooperación de éstos entre sí para el desarrollo de los “distritos hospitalarios”. En este marco, la actual estructura del sistema sanitario sueco sería la más parecida —de entre los países analizados— a la del Sistema Nacional de Salud español, salvando las notables diferencias poblacionales, geográficas, políticas, económicas, históricas y socio-culturales que separan a España de Suecia.

En los servicios nacionales de salud descentralizados (Dinamarca —hasta 2007—, Finlandia y Suecia) los problemas de cohesión se generan porque los recursos territoriales dependen en gran medida de la capacidad recaudatoria de los condados, mientras que en Inglaterra —servicio nacional de salud centralizado— se está “desconcentrando” la capacidad de elección en los usuarios y la de gestión a los proveedores, introduciendo mecanismos de competencia entre ellos, lo que puede generar —si no se desarrollan los instrumentos y medidas de coordinación y cooperación— problemas de cohesión.

(66) Un paradójico hallazgo del estudio sobre “Cohesión sanitaria en Europa” en relación con los sistemas sanitarios de los países con estado federal, como Alemania, Austria y Bélgica, es la importante centralización —bien en el gobierno, como en Austria y Bélgica, bien en las estructuras “autorreguladas”, como en Alemania— de aspectos muy relevantes de la organización y gestión del sistema sanitario, al mantenerse la seguridad social como una competencia estatal.

Cartera de servicios

Los países con sistemas sanitarios basados en el modelo de servicio nacional de salud (Dinamarca, Finlandia, Reino Unido y Suecia) tienen una definición bastante genérica de los servicios sanitarios cubiertos por el sistema sanitario público, que son prestados generalmente por proveedores públicos. Aunque sin llegar al nivel de detalle de los seguros sociales, ni tan siquiera al de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud español⁽⁶⁷⁾, el National Health Service inglés tiene, probablemente impulsado por dar la mayor capacidad posible de elección al usuario, un cierto detalle de su cartera de servicios en la descripción que hace para los ciudadanos (NHSDirect).

Casi todos países que se estudiaron en el informe de cohesión sanitaria en Europa han desarrollado instrumentos para vincular la incorporación de prestaciones (incluyendo medicamentos y productos sanitarios) al sistema a la evaluación de su calidad, eficiencia y costes. El SBU sueco, el Instituto para la Calidad y Eficiencia alemán, la Alta Autoridad para la Salud francesa, o el NICE del Reino Unido son ejemplos importantes de esta tendencia. Por ejemplo, las recomendaciones de NICE tienen eficacia en todos los países que integran el Reino Unido.

Equidad en el acceso

Los sistemas redistributivos de los servicios nacionales de salud tienen una relación directa con un ámbito geográfico y poblacional concreto: las antiguas Autoridades de Salud o los consorcios de atención primaria en el sistema inglés, los condados suecos, las nuevas regiones danesas, o los municipios fineses.

Los servicios nacionales de salud desarrollan los sistemas de redistribución de recursos entre entes territoriales con autonomía política en relación con la capacidad que tienen estas administraciones para imponer y recaudar impuestos. En el Reino Unido la transferencia de recursos económicos a Escocia, Irlanda y País de Gales se basa en la fórmula “Barnett”, que calcula la transferencia a los Departamentos de Salud de estos países básicamente en función del presupuesto asignado al Departamento de Salud de Inglaterra, mecanismo de financiación que recuerda al de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas que habían asumido la gestión del Insalud, previa a la transferencia completa —con excepción de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla— de su gestión en 2002, en el sentido de que es el NHS inglés el referente para la estimación de las necesidades presupuestarias, como lo era el Insalud para la elaboración del presupuesto de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social transferida a las Comunidades Autónomas. La importante diferencia de la fórmula Barnett con el sistema “Insalud” es que la financiación sanitaria

(67) Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

transferida a Escocia, Gales e Irlanda del Norte no está condicionada, transfiriéndose “en bloque” junto con los recursos para el resto de los servicios descentralizados, teniendo los respectivos Parlamentos autonomía política para reasignarlos de la forma más conveniente, como sucede con el actual modelo de financiación de las Comunidades Autónomas en España⁽⁶⁸⁾.

Aunque existen críticas en relación con la fórmula “Barnett” por no ajustarse suficientemente a variaciones en necesidad y efectividad, una revisión del sistema realizada para Irlanda del Norte concluyó que “la razón subyacente para los problemas actuales del sector sanitario y de servicios sociales en Irlanda del Norte está relacionada con la utilización de los recursos más que con la disponibilidad de los mismos”.

Dentro de Inglaterra, el National Health Service asigna recursos económicos entre los consorcios de atención primaria (que gestionan el 80% del presupuesto de salud y son una agencia de compra) mediante una fórmula de capitación ponderada, que calcula la proporción que de los recursos disponibles corresponde cada consorcio basada en la estructura poblacional, necesidades adicionales y variaciones geográficas inevitables en el coste de provisión de los servicios.

En los países con servicios nacionales de salud descentralizados en entes territoriales con autonomía política y amplia capacidad impositiva: Finlandia y Suecia, los mecanismos de redistribución de recursos se restringen básicamente a las subvenciones estatales a los condados (Suecia) y municipios (Finlandia), redistribuidas en función de la capacidad recaudatoria de estas entidades y de las aproximaciones a las necesidades de financiación de los servicios transferidos en función del número de habitantes y características poblacionales, socioeconómicas y geográficas (dispersión, ruralidad). La financiación de la seguridad social de estos dos países a la asistencia sanitaria (medicamentos, por ejemplo) no tiene un componente de reequilibrio interterritorial, sino de ayuda a los ciudadanos, e igual objetivo tienen los límites al copago establecidos por la inmensa mayoría de sistemas (servicios nacionales de salud y modelos de seguros sociales).

El National Health Service inglés condiciona la distribución geográfica de recursos humanos y físicos a través de la disponibilidad de recursos económicos de los consorcios de atención primaria. Este mecanismo de redistribución (aunque no su fórmula específica) tiene, además, una larga tradición de asignar recursos económicos con base geográfica, con fórmulas que ajustan por la población y sus necesidades⁷¹.

(68) Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía; y Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 13 de septiembre de 2005.

En los servicios nacionales descentralizados en entes territoriales con autonomía política (Finlandia y Suecia y —hasta 2007— Dinamarca) la distribución geográfica de los servicios queda en manos de los condados y —en el caso de Finlandia— municipios. En la búsqueda de un ámbito poblacional razonable para los servicios hospitalarios, los tres países nórdicos han desarrollado fórmulas de cooperación: regiones de asistencia sanitaria (Suecia) y los distritos hospitalarios (Finlandia) están participados por varios condados y municipios, respectivamente.

La demora en el acceso a los servicios sanitarios es un problema básicamente de los servicios nacionales de salud. En Dinamarca, Finlandia y Suecia el gobierno central ha establecido tiempos máximos de espera. Esta garantía se acompaña del derecho ciudadano a acudir a hospitales de otro condado (Dinamarca, Suecia) o municipio (Finlandia), o al sector privado, sin costo adicional para el paciente. La estrategia es algo distinta en el National Health Service inglés, en donde también se han establecido objetivos de tiempos máximos de espera, en donde se facilita al paciente los tiempos de espera en los diferentes Trust (hospitales) como información relevante para elegir servicio.

Calidad y Seguridad

El Consejo Regulador de la Excelencia en Asistencia Sanitaria —Council for Healthcare Regulatory Excellence— es posiblemente el ejemplo más paradigmático en relación con las tendencias de desarrollo de instrumentos de cohesión que tiendan a garantizar la calidad de las competencias profesionales, y lo es por varios motivos: 1. sus actividades alcanzan al conjunto del Reino Unido, incluyendo los tres países descentralizados (Escocia, Irlanda del Norte y País de Gales); 2. supervisa las actividades de los colegios profesionales de la totalidad de las profesiones de ciencias de la salud; 3. desde la supervisión de las actividades de los colegios profesionales vela por los intereses de los ciudadanos y pacientes; 4. introduce una mayoría de miembros legos para controlar a los controladores; y 5. media en la resolución de demandas de mala práctica y tiene la potestad de remitir a los tribunales de justicia casos de indulgencia indebida.

Prácticamente todos los países con servicios nacionales de salud analizados en el informe sobre cohesión sanitaria en Europa han desarrollado instrumentos para garantizar las competencias profesionales desde el ámbito estatal (Consejo Nacional de Salud de Dinamarca; Autoridad Nacional para Asuntos Médico-Legales de Finlandia; y el Consejo Nacional de Salud y Bienestar y el Consejo de Responsabilidad Médica, en Suecia). Asimismo, con carácter generalizado, existe en prácticamente todos los países analizados un registro centralizado de profesionales de salud.

Los países con servicios nacionales de salud han desarrollado estrategias de garantía de la calidad de las instituciones más basadas en la evaluación de la organización, procesos y resultados de los centros y servicios sanitarios, que en procesos de acreditación/habilitación. Un notable ejemplo de esta estrategia es la Healthcare Commission para Inglaterra y Gales, y el desarrollo del sistema de clasificación de todos los “consorcios” mediante una evaluación que toma en consideración distintos apartados: objetivos clave, enfoque al paciente, enfoque clínico, capacidades y capacitaciones,

y otros indicadores, que se van ajustando para cada tipo de servicio: hospital, especializado, hospital psiquiátrico o consorcio que provee servicios de salud mental comunitarios, y consorcio de ambulancias. Los estándares para evaluar los servicios han sido desarrollados por el Departamento de Salud.

Además de la técnica de clasificación de los servicios, mediante “estrellas” (imitando a otros servicios personales no sanitarios, como la hostelería y restauración), tienen asimismo notable interés dos hechos relativos a las actividades de la Healthcare Commission en este campo: 1. la Healthcare Commission tiene un estatuto de organismo público no gubernamental, actúa de forma autónoma de los Departamentos de Salud, y está integrada por una mayoría de legos, que no tienen intereses directos en el servicio de salud; y 2. la información disponible se pone a disposición de los ciudadanos. La propia Healthcare Commission se encarga de acreditar a los proveedores privados para poder prestar servicios financiados por el National Health Service.

Un papel similar al de la Healthcare Commission británica, en relación con la evaluación de los servicios sanitarios de los condados, tiene el Consejo Nacional de Salud y Bienestar sueco, aunque con —por el momento— una menor devolución de la información derivada de esta evaluación a la ciudadanía. Es el propio Consejo Nacional el que elabora los estándares para la evaluación de los servicios, así como recomendaciones “fuertes”. No obstante, SALAR, junto con el Ministerio de Salud y Asuntos Sociales y el Consejo Nacional de Salud y Bienestar suecos, están desarrollando un sistema de comparación (“benchmarking”) entre servicios sanitarios de los condados, y las recomendaciones del Comité sobre Responsabilidades del Sector Público⁽⁶⁹⁾ incluyen hacer más accesible a los ciudadanos la información concerniente a la calidad de la asistencia sanitaria, medida en términos de resultados, procesos y eficiencia, así como mejorar la capacidad de uso de esta información.

Existe una tendencia generalizada, que no distingue entre modelos de servicios sanitarios, al desarrollo de instituciones de ámbito estatal que desarrollen estándares y guías que garanticen la calidad de los procesos sanitarios, reduzcan la variabilidad de la práctica clínica y aumenten la seguridad de los procedimientos. El Instituto para la Calidad y Eficiencia alemán; el Centro Belga de Conocimiento sobre Asistencia Sanitaria; el Consejo Nacional de Salud de Dinamarca; el Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para la Salud y Bienestar de Finlandia; la Alta Autoridad para la Salud francesa; el NICE en el Reino Unido; y el Consejo Nacional de Salud y Bienestar de Suecia son, entre otras, las instituciones que están vinculadas al desarrollo de guías clínicas y otros instrumentos para la mejora de los procesos asistenciales.

(69) Committee on Public Sector Responsibilities. Summary (2007).

En relación con la seguridad del paciente existen iniciativas en algunos países, pero probablemente la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente —National Patient Safety Agency— (NPSA) sea el ejemplo de institución más desarrollado de entre los países analizados. Sus servicios abarcan a varios o a la totalidad de los países que integran el Reino Unido.

Derechos de los pacientes y participación social

La existencia de una “carta” de derechos de los pacientes; la figura del defensor del paciente; el desarrollo de instrumentos para el acuerdo extrajudicial de las demandas por efectos adversos; y —en los servicios nacionales de salud— los tiempos máximos de espera garantizados, son los instrumentos que con mayor frecuencia se identifican en los distintos países que se estudiaron el informe sobre cohesión sanitaria en Europa.

En los servicios nacionales de salud descentralizados (Finlandia, Suecia y, hasta 2007, Dinamarca) la participación social se realiza principalmente a través de los condados y municipios. En el National Health Service inglés se han desarrollado diversas iniciativas para incentivar la participación de los ciudadanos en el sistema, entre ellas la Comisión para la Participación de Ciudadanos y Pacientes en Salud y los foros de pacientes, habiéndose decidido la supresión de ambos para sustituirlos por las “redes de participación local”.

Los países con servicios nacionales de salud están introduciendo sistemas para aumentar la capacidad de elección de los pacientes dentro del sistema sanitario. Esta mayor capacidad de elección está vinculada, parcialmente, a la garantía de tiempos máximos de demora, pero existe también una tendencia a aumentar las posibilidades de elección de los pacientes entre distintos proveedores (Reino Unido, Suecia), lo que implica asimismo suministrar información a los ciudadanos para que puedan tomar decisiones informadas.

En relación con las quejas y reclamaciones de los pacientes, los países con servicios nacionales de salud han desarrollado instituciones estatales para garantizar que son atendidas y, en su caso, se produce una mediación o son remitidas a los tribunales. Ejemplos de esta tendencia son la Healthcare Commission, que actúa como segunda instancia para las quejas y reclamaciones del National Health Service inglés; o los que han sido mencionados en relación con la garantía de calidad de las competencias profesionales en servicios nacionales de salud con descentralización en entes territoriales con autonomía política (Consejo Nacional de Salud de Dinamarca; Autoridad Nacional para Asuntos Médico-Legales de Finlandia; y el Consejo de Responsabilidad Médica, en Suecia).

Información como instrumento para la coordinación y la cohesión

Se pueden identificar tres elementos sobre los que se fundamenta toda la arquitectura de la cohesión entendida como fin (equidad y participación social de los ciudadanos) y como medios (las acciones de coordinación y cooperación): financiación, información y estructuras de gobierno para la cohesión.

En prácticamente todos los países que se analizaron en el informe sobre cohesión sanitaria en Europa, desde Alemania al Reino Unido, se señalan importantes carencias en los sistemas de información y en el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) aplicadas a los servicios sanitarios y sociales. La visión que el informe Wanless (2002) tiene sobre el uso de las TIC en el Servicio Nacional de Salud inglés para 2022 posiblemente puede ser compartida por todos los sistemas analizados en este estudio, incluyendo el Sistema Nacional de Salud español:

“2.12. Se utiliza en toda su extensión una moderna e integrada tecnología de la información y comunicación, que incluye todos los niveles de asistencia sanitaria y social con significantes mejoras en la eficiencia. Las solicitudes repetitivas de información es una cosa del pasado, al poder acceder los profesionales de la salud de forma fácil e inmediatamente a la información del paciente a través de la Historia Clínica Electrónica. La prescripción electrónica de medicamentos ha mejorado la eficiencia y seguridad. Los pacientes establecen sus citas en el momento que les conviene y no al que le dicta el servicio...”

2.14. Las actuales innovaciones, como el NHS Direct, los “Walk-in centres” y la telemedicina son habituales, permitiendo a las personas tener un diagnóstico inicial en una variedad de localizaciones, que van más allá del tradicional consultorio de medicina general.

2.16. ...Los pacientes reciben los mejores tratamientos con un mínimo de variabilidad en resultados, sustentado por el uso efectivo y actualizado de la tecnología...”

Se han escogido las anteriores frases, de entre otras relativas a la visión de futuro del informe Wanless, para resaltar algunos de los aspectos clave de la información y las TIC en relación con los instrumentos de cohesión: la disponibilidad de la información clínica; la longitudinalidad de la información a través de los distintos niveles de asistencia sanitaria y social; la información y las TIC al servicio de la accesibilidad del paciente al sistema y la eficiencia en la gestión de pacientes; la devolución de la información al usuario para que éste pueda tomar decisiones informadas; y la información y difusión del conocimiento científico a los profesionales. La inversión en información y TIC puede ser probablemente una de las mejores inversiones en cohesión.

La disponibilidad de información compartida entre distintas administraciones, así como la posibilidad de comparar información sobre los procesos y resultados de los servicios, es un requisito necesario para el desarrollo de acciones de coordinación y cooperación. Se citan a continuación algunos de los instrumentos de información para las acciones de coordinación y cooperación más frecuentemente hallados en el análisis comparado de los sistemas sanitarios:

- La utilización de los GRD como instrumento para la información sobre la actividad hospitalaria⁷² (hospitalización convencional y cirugía mayor ambulatoria), así como —frecuentemente— como instrumento de financiación. Alemania, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Reino Unido y Suecia han o están desarrollando sistemas de información (y, en ocasiones, financiación) basados en los

GRD o adaptaciones. Para ello numerosos países han creado instituciones específicas, estatales (InEK GmbH alemán; ATHI francesa; HES inglés), o supraestatales (NordDRG: Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia), que, entre otras funciones, gestionan las bases, establecen las definiciones y definen los catálogos de procedimientos.

- El desarrollo de instrumentos para comparar procesos y resultados entre servicios sanitarios desde una perspectiva supraterritorial. Son ejemplos de esta tendencia la Healthcare Commission (para Inglaterra y Gales); el Consejo Nacional de Salud y Bienestar y SALAR (Suecia); el Consejo Nacional de Salud danés; y el Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para la Salud y el Bienestar de Finlandia.
- Historia Clínica Electrónica. Es un tópico recurrente en la mayoría de los países analizados, si bien existe todavía un amplio recorrido para su generalizada implantación en los países analizados en el informe sobre cohesión sanitaria en Europa. Su accesibilidad para los distintos proveedores y la integración de servicios sanitarios y sociales parecen constituir requisitos necesarios para garantizar la continuidad de los cuidados.
- Información sobre la calidad y rendimiento de los servicios, incluyendo la información sobre listas de espera. La racionalidad que subyace a este uso de la información es la misma que la comparación supraterritorial de procesos y resultados de los servicios sanitarios, y el enfoque hacia la cohesión, entendida como equidad y participación (incluyendo el derecho a elegir tomando decisiones informadas), hace preciso que esta información sea accesible a los ciudadanos. La información sobre los tiempos de espera está disponible para los ciudadanos en Dinamarca, Inglaterra y Suecia. La Healthcare Commission pone a disposición de los ciudadanos otros indicadores “sensibles”, como pueden ser la clasificación de servicios sanitarios por su calidad⁽⁷⁰⁾, las estancias medias hospitalarias o las tasas de mortalidad ajustadas a riesgo para la cirugía cardíaca⁽⁷¹⁾.

Un aspecto relevante en relación con la información para la cohesión es que, estando definida la cohesión como la equidad y participación de los ciudadanos en el sistema, la información disponible se debiera desplegar en el mismo ámbito que abarque ese concepto, sobrepasando, por tanto, las delimitaciones territoriales dentro un mismo Estado.

Gestión de los servicios sanitarios

Existe una notable tendencia, en los países con servicios nacionales de salud de la Unión Europea, especialmente Reino Unido y Suecia, hacia la separación de aseguramiento y provisión, la autonomía y gestión empresarial de la provisión de servicios y la libertad de elección del paciente. Se hace una breve referencia a la organización y gestión de los servicios en estos dos países.

⁽⁷⁰⁾ Healthcare Commission. NHS performance ratings 2004/2005. Commission for Healthcare Audit and Inspection 2005 (<http://www.healthcarecommission.org.uk/serviceproviderinformation/performance/cfm>).

⁽⁷¹⁾ <http://heartsurgery.healthcarecommission.org.uk>.

- Reino Unido

El Departamento de Salud del Reino Unido es responsable de la provisión de servicios de salud a través del National Health Service. El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido es el tercero más grande del mundo. Sin embargo, cada consorcio sanitario (*NHS Trust* y *Primary Care Trust*) es un empleador independiente que compete en el mercado laboral, dentro de un marco de actuación definido por la “marca” National Health Service.

La Ley de Salud de 1999 supuso el inicio de un proceso de cambio en el sector público de servicios⁷³. El plan de reforma del NHS se fundamenta en la necesidad de orientación de los servicios hacia las necesidades y los deseos de los pacientes de la forma más eficaz, separando la compra de la provisión.

Los consorcios de atención primaria son el epicentro del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido pues controlan un 80% del presupuesto sanitario total, que es transferido directamente desde el Departamento de Salud desde 2002. Son organizaciones autónomas que tienen sus propios consejos de administración, plantilla y presupuestos. Los consorcios de atención primaria están controlados por su Autoridad Estratégica de Salud y en último término responden ante el Secretario de Estado de Salud. Desde los consorcios de atención primaria se administra la atención primaria y la salud pública, proveyendo algunos servicios directamente y contratando servicios de otros proveedores, tales como los hospitales (*NHS acute trusts*) y proveedores privados.

Los Comités Ejecutivos Profesionales son un importante aspecto del liderazgo clínico en atención primaria. Cada consorcio de atención primaria tiene un Comité Ejecutivo Profesional, que tiene una mayoría de miembros cuyo trabajo profesional refleja el del consorcio: médicos generales, enfermeros, trabajadores sociales, farmacéuticos, dentistas y ópticos, entre otros.

Cada ciudadano del Reino Unido tiene el derecho de registrarse en una consulta local y las consultas son gratuitas. El sistema de pago a los médicos generales está basado en un sistema mixto, con una escala capitolativa (con un mínimo, que ajusta, entre otros aspectos, por rangos de edad y de privación); provisión para un asistente; ajustes por tipo de área; atención nocturna (con un fijo y una tarifa por consulta); objetivos de salud (inmunizaciones, manejo de pacientes crónicos, etc.); e intervenciones de cirugía menor. Como es conocido, los médicos generales son profesionales independientes con contrato profesional, existiendo un contrato marco con eficacia para todo el Servicio Nacional de Salud británico.

Los NHS trusts gestionan los hospitales del NHS en Inglaterra. La tendencia de reforma es hacer que los NHS trusts se financien a través de un sistema de pago por resultados, que ofrezca mayores beneficios financieros a aquellos trusts que provean de forma continua servicios eficientes y diversos para sus pacientes.

Una nueva figura de provisión de servicios hospitalarios son las fundaciones NHS, creadas por la Ley sobre Salud y Asistencia Social de 2003, estas organizaciones son corporaciones públicas independientes autorizadas para proveer bienes y servicios para el National Health Service en Inglaterra. Son organizaciones autónomas sin ánimo de lucro y están sujetas a los estándares, evaluación del funcionamiento e inspección del National Health Service. Sin embargo las fundaciones NHS son gestionadas localmente, no nacionalmente; el Secretario de Estado no tiene el poder para dirigir estas organizaciones, que están gobernadas por un Consejo de Administración integrado por representantes elegidos por los ciudadanos. La transferencia de la propiedad y responsabilidad desde el Departamento de Salud a la comunidad local posibilita que las Fundaciones NHS sean capaces de adaptar sus servicios para satisfacer mejor las necesidades de las corporaciones locales. Las Fundaciones NHS tienen mayor autonomía de gestión y mejorar servicios.

Los miembros de la fundación NHS eligen a un Consejo de Gobierno, y existe asimismo un Consejo de Dirección. El Presidente de la Fundación NHS lo es también del Consejo de Dirección. Los administradores son responsables de nombrar al Presidente y Directores no Ejecutivos del Consejo de Dirección. El Consejo Dirección tiene la responsabilidad de asegurarse que la Fundación cumple con los términos y condiciones establecidos por una agencia del National Health Service (Monitor).

El Consejo de Gobierno representa los intereses de los miembros y organizaciones socias en la economía y gobierno de la Fundación NHS, y de compartir sus decisiones estratégicas con la comunidad local. La principal función del Consejo de Gobierno es trabajar con el Consejo de Dirección para asegurarse que la Fundación NHS actúa de forma consistente con los términos de su autorización y a establecer la dirección estratégica. La ley permite a cada Fundación decidir sobre la forma y tamaño de su Consejo de Gobierno a la luz de las circunstancias locales, dentro de ciertos límites establecidos por la propia legislación:

- La mayoría de los puestos deben corresponder a representantes electos de representantes de la población y los pacientes.
- Al menos tres de los gobernadores deben ser elegidos por la plantilla.
- Al menos un administrador de la autoridad local, otro de un consorcio de atención primaria y, donde aplicable, uno de la universidad, vía nominación.
- Sobre estos requerimientos mínimos, los representantes de ciudadanos y pacientes deben ser mayoría. Los gobernadores se eligen por tres años y pueden ser reelectos.

Las Fundaciones NHS son organizaciones financieramente independientes, con mayor libertad para gestionar sus recursos. Son libres para gestionar sus presupuestos, retener sus superávit e invertir en la provisión de servicios, y acceder a mayor rango de opciones para financiar inversiones mediante préstamos. Estas libertades están balanceadas por salvaguardas designadas para asegurar que la Fundación NHS atiende a los pacientes de conformidad con los principios y estándares del National Health Service.

Los trust y las fundaciones NHS celebran contratos de trabajo individualizados para médicos de hospital que contienen descripción detallada del puesto de trabajo (*job description*), así como sus responsabilidades concretas (*job plan*), que son revisadas periódicamente⁷⁴.

La libertad de elección es otro de los aspectos enfatizados en la reforma del National Health Service. A partir de 2006 los pacientes en Inglaterra tienen el derecho para elegir entre al menos cuatro hospitales para su asistencia programada. El aumento de posibilidad de elección tiene otras connotaciones:

- El dinero sigue al paciente para pagar el servicio que recibe en el hospital.
- Los pacientes no elegirán servicios en los que tengan esperas prolongadas, información o descoordinación en la asistencia.
- Asimismo los pacientes elegirán —con el asesoramiento de sus Consorcios de Atención Primaria— los servicios que tienen los mejores estándares clínicos y centren su atención en las necesidades de los pacientes.
- Para que los pacientes puedan elegir correctamente, ellos y sus médicos generales deben recibir mejor información sobre los servicios ofertados.

- Suecia

Los condados prestan la atención primaria a través de médicos contratados (laborales) o contratos profesionales con médicos privados. El pago es una mezcla de pago per cápita y por servicio. Existe libertad de elección de médico general.

Los hospitales están gestionados por los condados, que han adoptado distintas formas organizativas y de gestión. A partir de los años 90 ha habido una tendencia a una separación entre las funciones de compra y provisión, transformándose algunos hospitales en empresas públicas. Los hospitales contratan a los profesionales, que tienen una relación de carácter laboral. Existe una notable autonomía organizativa y gestora de los servicios clínicos hospitalarios.

La Reforma ÄDEL (1992) fue la más importante reforma estructural del sistema sanitario en los 90. La reforma transfirió a los municipios la responsabilidad de proveer asistencia de larga duración a las personas mayores y discapacitados. Las autoridades municipales están obligadas a pagar a los Consejos de Condado por día de estancia de aquellos pacientes que han sido dados de alta médica y están esperando un recurso social intermedio. En 1995 la reforma fue extendida a los pacientes psiquiátricos crónicos; tras 3 meses consecutivos de internamiento psiquiátrico las autoridades municipales deben proporcionar alojamiento, servicios ocupacionales y de rehabilitación.

Estructuras de gobierno para la cohesión

En los países con servicios nacionales de salud el Estado, como garante último, ha sido el que ha desarrollado las instituciones de cohesión. Ejemplos de esta norma son el Consejo Nacional de Salud y Bienestar sueco y el Consejo Nacional de Salud danés. Esta tendencia a la centralización de las estructuras de gobierno de la cohesión en este tipo de sistemas sanitarios se ve reforzada por el desarrollo de acciones e instituciones de cooperación entre las administraciones territoriales (SALAR, agencia que surge de la federación de las Autoridades Regionales y Locales suecas) o entre éstas y las instituciones centrales (sistema de información para la comparación de procesos y resultados entre condados, desarrollado conjuntamente por el Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Salud y Bienestar y SALAR).

Uno de los rasgos que más nítidamente se destacaba del estudio de las instituciones de cohesión es la búsqueda de una legitimación política que preserve el funcionamiento de estas instituciones de los intereses partidistas inmediatos. El Consejo Nacional de Salud y Bienestar sueco tiene una estructura de gobierno pluripartidista y de representación de distintas instituciones (las agencias suecas son independientes del gobierno, cuya estructura es muy reducida).

En el Reino Unido, el Presidente de la Healthcare Commission y la mayoría de los comisionados no pueden ser profesionales de asistencia sanitaria ni tener vinculación remunerada alguna con el NHS. Los comisionados son nombrados por 5 años renovables por una sola vez. Existe una tendencia generalizada a introducir miembros legos (y sin intereses directos con el servicio sanitario) en los consejos de administración de las agencias reguladoras del Reino Unido.

La autonomía política de las agencias de cohesión se traduce en diferentes formas de autonomía institucional (agencias, fundaciones, empresas públicas) que posibilitan establecer: 1. unos objetivos concretos; 2. y una financiación determinada, que; 3. se relacionan entre sí mediante instrumentos como acuerdos o contratos-programa, por lo que; 4. permite la evaluación externa de sus rendimientos y gestión financiera (auditorías); y 5. desarrollar instrumentos de gestión empresarial (planes de empresa, planes estratégicos). Se debe hacer notar la notable transparencia de este tipo de instituciones en países con servicios nacionales de salud, remarcablemente abiertas al escrutinio público, en el caso de Reino Unido y Suecia por el principio de acceso público a todos (con excepciones relativas a la seguridad, confidencialidad privada, etc.) los documentos del Parlamento, Gobierno y agencias.

Otro aspecto relevante en relación con la estructura organizativa y de gestión de las agencias de cohesión, en especial aquellas que tienen actividades con contenido científico, es la generalizada presencia de un Comité Científico con reconocida solvencia de sus integrantes.

2.4 Sistema Nacional de Salud y Unión Europea⁽⁷²⁾

Antes de cerrar el análisis desarrollado en los apartados anteriores de este capítulo, dedicados, antes de componer una visión actual del sistema sanitario público asturiano, al análisis de su evolución desde la transferencia de INSALUD, así como al contexto en el que está inmerso, especialmente el Sistema Nacional de Salud, se considera preciso hacer una referencia a la Unión Europea como entidad política que puede tener influencia sobre la organización y el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y, por tanto, sobre el sistema sanitario público de Asturias.

Las normas de la Unión Europea afectan (y lo harán previsiblemente en mayor medida), directa e indirectamente a las políticas de salud nacionales, generando amenazas (las reglas de libre mercado pueden atentar contra los principios de solidaridad, territorialidad y equidad sobre los que se basan los servicios de salud de los países de la Unión Europea), pero también, como señala la profesora Hervey, oportunidades para los sistemas sanitarios⁷⁵. La influencia de la Unión Europea sobre la sanidad de los Estados miembros debe considerarse inevitable y frente a ella caben básicamente dos actitudes, una defensiva y otra proactiva, que es la que se propugna en este Informe.

El reconocimiento de cualificaciones profesionales⁽⁷³⁾, que facilita el ejercicio de los profesionales sanitarios en otros Estados miembros, y el sistema armonizado de autorización de medicamentos en la UE, son ejemplos de normas que, desde la creación de un mercado interno, inciden sobre el funcionamiento de los sistemas sanitarios de los países de la UE.

El Tribunal Europeo de Justicia ha declarado que, cuando los servicios de salud se cobran, deben considerarse servicios con arreglo a la definición del Tratado y, por tanto, les son aplicables las disposiciones pertinentes relativas a la libre circulación de servicios. Asimismo dictaminó que, por consiguiente, las medidas que establecen la sujeción a autorización previa del reembolso de los costes realizados en otro Estado miembro constituyen obstáculos a la libre prestación de servicios, por más que resulten justificadas por motivos prioritarios de interés. La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Justicia ha desarrollado los siguientes principios:

- Cualquier ciudadano puede buscar en otro Estado miembro, sin autorización previa, toda asistencia sanitaria no hospitalaria a la que tenga derecho en su propio Estado miembro, y se le reembolsarán los gastos al nivel previsto en su propio régimen.

(72) Las consideraciones contenidas en este apartado están basadas en el trabajo citado sobre cohesión sanitaria en Europa, elaborado en 2008 para el Ministerio de Sanidad y Consumo.

(73) Directiva 2005/36/CE, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, DO L 255 de 30.9.2005.

- Cualquier ciudadano puede buscar en otro Estado miembro toda asistencia hospitalaria a la que tenga derecho en su propio Estado miembro, previa autorización de su propio régimen. Si su régimen no puede ofrecerle asistencia en un plazo médicamente aceptable, habida cuenta de su afección, tiene que concederle dicha autorización. Además, se le reembolsarán los gastos, como mínimo, al nivel previsto en su propio régimen.

La sentencia en el asunto Watts de 16 de mayo de 2006⁽⁷⁴⁾ aporta dos aclaraciones. En primer lugar, algunos Estados miembros con sistemas basados en la integración de la financiación pública y de las prestaciones sanitarias adujeron que no se les podían aplicar las disposiciones del Tratado sobre libre prestación de servicios; la sentencia Watts confirmó que sí se podía. En segundo lugar, varios Estados miembros argumentaron que el requisito del artículo 152, apartado 5, del Tratado de respetar “plenamente las responsabilidades de los Estados miembros en materia de organización y suministro de servicios sanitarios y asistencia médica” impide que la normativa comunitaria imponga obligaciones vinculantes relativas a los sistemas sanitarios. En la sentencia, el Tribunal declaró que esta disposición no excluye la posibilidad de que, en virtud de otras disposiciones del Tratado, como el artículo 49, o de medidas comunitarias adoptadas en base a otras disposiciones del Tratado, como el artículo 22 del Reglamento 1408/71, los Estados miembros estén obligados a introducir adaptaciones en su sistema nacional de seguridad social.

La normativa europea y las sentencias del TEJ han dejado claro que la ley de la UE aplica a la provisión de bienes y servicios que forman parte del sistema sanitario público. Existe una amplia normativa reguladora de la compra de bienes, servicios y obras (incluyendo las fórmulas de concesión) por las administraciones públicas, obligando a la no-discriminación y transparencia a partir de cierto nivel de contratación. La aplicación de las reglas del mercado interno a los sistemas públicos de salud puede constituir una amenaza, que ha sido confrontada por diversos medios.

El Tratado contiene excepciones a las normas de libre movimiento, basadas en la “protección de la salud y la vida humana” (artículo 30). Por otra parte, el Tribunal Europeo de Justicia reconoce la existencia de restricciones al libre movimiento, siempre que no sean discriminatorias y estén justificadas por un “interés público objetivo”; entre estas restricciones justificadas se hallan la aplicación de normas relativas a la organización de las profesiones, la viabilidad financiera de los sistemas de seguridad social y la protección de los consumidores. En relación con la viabilidad financiera de los sistemas de protección social el Tribunal Europeo de Justicia ha aceptado el sistema de autorización previa como “una medida razonable y aceptable”.

(74) Sentencia de 16 de mayo de 2006 en el asunto C-372/04, Watts.

No sólo las normas sobre reconocimiento de cualificaciones profesionales, sino también la normativa de la Unión Europea en relación con el mercado laboral afecta directamente a los sistemas sanitarios. Las normas generales aplican al personal de salud de los sistemas sanitarios, como la Resolución del Tribunal Europeo de Justicia sobre la Directiva sobre Tiempo de Trabajo⁽⁷⁵⁾, que establece un límite máximo de 48 horas semanales, aplicándola a los equipos de atención primaria y a los médicos de los hospitales, incluyendo las “guardias localizadas”. Las críticas realizadas por algunos Estados miembros (Reino Unido, Irlanda y Holanda) a esta resolución ha producido un proceso activo de enmienda a esta Directiva, dando una moratoria en su aplicación hasta 2009. Al final de este período de transición, el límite máximo será de 48 horas por semana. Asimismo existe una propuesta de Directiva que incluye dos nuevas definiciones:

- tiempo de atención continuada: período activo en que el trabajador tiene la obligación de permanecer en el lugar de trabajo; se considera como tiempo de trabajo; y
- período inactivo del tiempo de atención continuada: no se considera tiempo de trabajo salvo en caso de que la legislación nacional estipule lo contrario.

Las normas de la Unión Europea tienen en la actualidad un relativamente importante impacto sobre los sistemas sanitarios nacionales, y la previsión más razonable es que la influencia de las normas y políticas de la Unión sobre los sistemas de salud de los respectivos Estados miembros aumente, tendiendo a garantizar un servicio sanitario de calidad para todos los ciudadanos en el ámbito de la UE.

La influencia de la UE sobre los sistemas sanitarios nacionales genera amenazas y oportunidades para el Sistema Nacional de Salud, que podrán ser evitadas y aprovechadas, respectivamente, en función de las fortalezas y debilidades que el propio sistema tenga, así como en relación con la visión que el Estado miembro tenga de su pertenencia y relación con la Unión Europea.

España se ha beneficiado notablemente de su incorporación plena a Europa en múltiples dimensiones —que van más allá de los aspectos meramente económicos—, así como la incorporación de España a la Unión Europea enriquece también a esta última. La visión que tenga España de la Unión y de su papel dentro de ella, determinará en el futuro inmediato si el mutuo beneficio se extiende también al ámbito de la cohesión de los sistemas sanitarios dentro de la Unión Europea. Como resultado del análisis que se realizó en el informe sobre cohesión sanitaria en Europa, se realizaron algunas consideraciones sobre la relación entre Sistema Nacional de Salud español y la Unión Europea.

(75) Directiva 93/104/CE del Consejo, de 23 de noviembre de 1993; modificación mediante la Directiva 2000/34/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 22 de junio de 2000.

Siendo la Unión Europea una confederación de Estados, un Sistema Nacional de Salud “cohesionado” dentro del estado español puede tener una influencia más relevante en la configuración de la cohesión sanitaria en Europa, que un sistema sanitario menos articulado dentro del propio Estado. La misma hipótesis puede aplicarse a la posibilidad de incorporación de los probables beneficios que la cohesión europea en sanidad pueda atraer. Con independencia de esta bidireccional especulación, la cohesión sanitaria en Europa exige un papel interlocutor del Estado miembro con la Unión en cuantos ámbitos se extienda la cohesión. La cohesión del Sistema Nacional de Salud (que, como se ha señalado, es notablemente insuficiente) se debería considerar una fortaleza en relación con las amenazas y oportunidades que creará el previsible desarrollo de una cohesión sanitaria en la Unión Europea.

La dimensión más importante del concepto “cohesión sanitaria” recogido en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud es la de ciudadanía dentro del estado español. La cohesión es la garantía de la equidad, calidad y participación de los ciudadanos y ciudadanas en el Sistema Nacional de Salud, existiendo tanto mayor cohesión cuanto mayor equidad, garantía de calidad y participación se logre de forma efectiva entre ciudadanos de diferentes Comunidades Autónomas. La creación y puesta en funcionamiento de mecanismos de cohesión sanitaria en la Unión Europea contribuirá a crear la Europa de los ciudadanos, para la que España siempre ha mostrado una firme vocación; por lo tanto la recomendación sería que el Sistema Nacional de Salud se incorpore de una forma decidida a esta tarea.

La cooperación en la Unión Europea ha generado beneficios mutuos para todos los Estados miembros. El Sistema Nacional de Salud tiene una posición privilegiada para beneficiarse de una mayor cohesión sanitaria en la Unión. España es un país que ofrece, en el sector turístico y residencial, servicios personales de alta calidad a un costo razonable a los ciudadanos de la Unión. Los ingresos netos del Sistema Nacional de Salud por la asistencia prestada a ciudadanos de los países de la UE —en su mayor parte residentes— se sitúa en el entorno de los 260 millones de € al año (180 millones de facturación al Reino Unido, Francia y Alemania), y es probable que se esté facturando mucho menos que los servicios que se están prestando. El Sistema Nacional de Salud presume de unos servicios eficientes y de alta calidad, con unos profesionales con un elevado nivel de formación. En el probable escenario de mayor libertad de circulación de pacientes en la Unión Europea, la facturación y —previsiblemente— los ingresos netos del sistema pueden incrementarse notablemente. La capacidad para convertir esta fuente de ingresos en riqueza para España y para el Sistema Nacional de Salud dependerá en gran medida de, entre otros, los siguientes factores:

1. La capacidad para ofertar servicios sanitarios de calidad, que puedan competir con los estándares más exigentes, y de esta forma atraer potenciales clientes,
2. La capacidad para producir estos servicios de una forma costo-eficiente, que generen un margen para la inversión.
3. El impulso a la innovación, investigación y desarrollo en el sector de producción de servicios sanitarios en España y la creación de sinergias con otros sectores (por ejemplo: desarrollo regional; sec-

tor turístico; sector residencial-sociosanitario; sistemas de información para la salud; investigación básica y aplicada en sanidad), y

4. La capacidad para reinvertir los excedentes de producción (si ésta es costo-eficiente) del Sistema Nacional de Salud en mejoras en la calidad de los servicios para los pacientes y en la formación, condiciones de trabajo y posibilidades de desarrollo de los profesionales de salud del sistema.

La mayor movilidad de pacientes dentro de la Unión Europea, aparte de ser un hecho inevitable, crea más oportunidades que amenazas. Para aprovechar las oportunidades que la cohesión sanitaria en la Unión Europea brinda, el desarrollo de políticas de cohesión dentro del Sistema Nacional de Salud por parte del estado español debe incorporar el concepto del Sistema Nacional de Salud como fuente de innovación y desarrollo, que en su dimensión regional (de Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas) participaría de los mismos objetivos que la política regional en la Unión: convergencia, competitividad y empleo, y cooperación interterritorial. El desarrollo de esta política activa debería iniciarse incorporando todos los agentes concernidos a un análisis de la situación bajo esta perspectiva y al desarrollo de un plan de acción que cuente con el suficiente consenso y con los instrumentos (estructura de gobierno, financieros, etc.) para llevar a la práctica el plan.

Capítulo 3. El sistema sanitario público asturiano en la actualidad

Invertir en salud puede llegar a ser un instrumento de política macroeconómica.

OMS. The World Health Report 1999.

La concepción de la sanidad como una función de gasto público ha sido acertadamente sustituida, dentro del pensamiento político y económico hegemónico en el Sistema Nacional de Salud, por su consideración como un sector productivo, “dinamizador” de la economía. El mediador entre los recursos que se dedican a la sanidad pública y sus resultados en las distintas dimensiones en las que se puede medir esta inversión (capital humano, economía productiva, investigación y desarrollo) es el sistema sanitario público. De la eficiencia y productividad del sistema sanitario público depende de en qué medida éste se aleja de ser una función de gasto “de bienestar” para acercarse lo más posible a ser efectivamente un factor de desarrollo humano y crecimiento económico.

Este capítulo cierra la primera parte del Informe, que está dedicada al diagnóstico de situación del sistema sanitario público asturiano. Si el capítulo 2 analizaba la evolución del sistema sanitario asturiano público y del Sistema Nacional de Salud desde las transferencias del INSALUD al Principado de Asturias, dentro del marco de la Unión Europea, este capítulo está destinado a acercarse a un diagnóstico de situación del sistema sanitario público asturiano en la actualidad. Para ello se hará, primero, una síntesis de los aspectos más cuantitativos que se han ido obteniendo a lo largo del capítulo 2. El segundo apartado está dedicado al examen de algunos aspectos más cualitativos, pero que tienen una notable incidencia sobre la calidad y eficiencia del sistema, como es la inexistencia de una red integrada de servicios o la profundización de la administración burocrática en la gestión del sistema sanitario, o forman parte del debate sobre la política sanitaria en Asturias, como el “Mapa Sanitario”. El tercer apartado de este capítulo se dedica a analizar la sanidad pública asturiana dentro de la economía.

3.1 El cuadro que resulta del análisis realizado

En el ejercicio de la medicina se aprende que disponer de muchos datos no significa tener un diagnóstico y que sin éste difícilmente se puede aplicar una terapia curativa. En el análisis realizado en el capítulo 2 se dispone —a pesar de las insuperables dificultades para comparar entre Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas— de un suficiente número de datos para intentar aproximarse a un diagnóstico de la situación del sistema sanitario público asturiano dentro del Sistema

Nacional de Salud español. La mención simultánea de ambos sistemas sanitarios públicos (asturiano y español) es intencionada, pues —y aquí se introduce una primera valoración— **el sistema sanitario público asturiano no es sostenible sin la existencia de un Sistema Nacional de Salud español**. Esto es así no sólo porque existan elementos de economía de escala en aspectos importantes de la administración y gestión de los servicios (compra de bienes y servicios, negociaciones laborales, dotación para la supraestructura de gestión del sistema, etc.) sino también porque elementos relevantes, que condicionan de forma determinante el presente y el futuro de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, requieren una política de Estado; sin pretender la exhaustividad el siguiente listado señala algunos de estos elementos:

- La posibilidad de un pacto sobre la sanidad, que abarque a los agentes políticos, económicos, profesionales y sociales concernidos, requiere que sea un “Pacto de Estado”.
- La Unión Europea, que tiene una importante (y creciente) influencia sobre el funcionamiento de los servicios de salud, brevemente referenciada en el apartado 2.4 (libre circulación de bienes y servicios —autorización de medicamentos, homologación de productos sanitarios—, circulación de pacientes, homologaciones profesionales) tiene como interlocutor al Estado español.
- El Estado tiene, entre otras, las siguientes competencias exclusivas sobre aspectos —aparte de las referidas a las bases y coordinación sanitaria— que tienen un notable impacto en el funcionamiento del sistema sanitario público:
 - Regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos.
 - Legislación laboral.
 - La regulación de las profesiones sanitarias (titulaciones, contenido curricular y número de profesionales) de pre y postgrado.
 - Bases y coordinación de la planificación general de la actividad económica.
 - Fomento y coordinación general de la investigación científica y técnica.
 - Legislación básica y régimen económico de la seguridad social.
 - Las bases del régimen jurídico de las Administraciones públicas y del régimen estatutario de sus funcionarios; legislación básica sobre contratos y concesiones administrativas y el sistema de responsabilidad de todas las Administraciones públicas.
- Los Estados en los países analizados de la Unión Europea con servicios nacionales de salud, incluidos los más descentralizados, han desarrollado estructuras de gobierno para la cohesión que abarcan aspectos clave no sólo para la gestión del sistema: cualificaciones y registro profesional, cartera de servicios e incorporación de nuevas tecnologías, garantías de calidad y seguridad, sistemas de información, etc. sino también para garantizar la igualdad efectiva de sus ciudadanos en el ejercicio del derecho a la protección a la salud y el acceso a los servicios sanitarios.
- Con independencia del aspecto más relevante, relativo a la obligación (competencia exclusiva) del Estado de garantizar la igualdad efectiva para todos sus ciudadanos, no es sostenible que una Comunidad Autónoma del tamaño del Principado de Asturias pueda disponer de recursos (humanos, económicos, y de conocimiento) para garantizar la totalidad de los servicios “de referencia” (aquellos que requieren ámbitos poblacionales superiores a los de un Área de Salud para garantizar una

calidad y eficiencia adecuadas), así como para disponer de la supraestructura precisa para la gestión integral del sistema⁽⁷⁶⁾.

3.1.1 Situación actual del Sistema Nacional de Salud

La íntima relación entre servicio público de salud asturiano y Sistema Nacional de Salud hace que la situación actual de este último sirva de marco (y, como tal, condicione) para el análisis de situación del primero. Al contrario del discurso políticamente predominante (aunque en la línea de la valoración que hacen distintos sectores profesionales⁽⁷⁷⁾) el análisis de los datos e información disponible muestra un panorama altamente preocupante, cuyos aspectos más relevantes serían:

1. Universalidad imperfecta⁴⁶. No se ha completado el proceso de universalización de la asistencia sanitaria pública. El sistema sanitario está fraccionado en diferentes sistemas de cobertura (lo que no es compatible con el modelo de “servicio nacional de salud”). Existe una pequeña minoría de la población (0,3%) sin cobertura. El sistema de salud laboral se encuentra al margen del Sistema Nacional de Salud.

2. Crecimiento del gasto sanitario público no sostenible. No parece sostenible una tasa de crecimiento del gasto público por persona protegida en el entorno del 3,6% anual —en términos constantes—, que ha sido la media interanual desde 2001, lo que supone un crecimiento del gasto sanitario público del 5% en un escenario de crecimientos del PIB negativos (-0,3% para 2010, -0,1% en 2011) o lentos.

Desde algunos sectores el aumento del peso del gasto sanitario sobre el PIB se considera un objetivo en sí mismo⁽⁷⁸⁾. Sin embargo deben tomarse en consideración los siguientes aspectos:

⁽⁷⁶⁾ Esta reflexión aplica probablemente a la totalidad de las Comunidades Autónomas, pero con seguridad a aquéllas con tamaños poblacionales inferiores a Dinamarca (por debajo de los 5,5 millones de habitantes).

⁽⁷⁷⁾ Aparte del reiteradamente citado trabajo de Rodríguez-Vigil³, se ha comentado la preocupación sobre la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud —especialmente la cohesión— manifestada por la CESM⁵⁷ y la SESPAS⁵⁵. El profesor de la Escuela Nacional de Sanidad, Luis Ángel Oteo, señala la “no sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en sus actuales coordenadas de funcionamiento” (La crisis sin voz y el lado oscuro del Sistema Sanitario Español. Miércoles 04 de Marzo de 2009 —<http://www.opinionras.com>—). El informe, manifiestamente cuidadoso, de la Asociación de Economía de la Salud para el “Pacto por la Sanidad” señala que **“En su conjunto el SNS carece de información relevante para decidir qué políticas se deben implementar, para evaluar los resultados de la implementación de políticas sobre Recursos Humanos, Cartera de Servicios Común, Calidad e Innovación, o Salud Pública; en definitiva, para el gobierno inteligente del mismo”** (AES, Aportaciones al diagnóstico sobre el SNS español para un Pacto por la Sanidad. Barcelona, diciembre 2008).

⁽⁷⁸⁾ Por ejemplo la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (El sistema sanitario en España. Análisis de su situación y alternativas para su mejora. FADSP, mayo 2009).

- a) Se considera un error metodológico mezclar datos de países con diferentes sistemas sanitarios, pues está acreditado que los países con sistemas basados en los seguros sociales tienden a tener un mayor gasto (en proporción con su PIB) que aquéllos con servicios nacionales de salud^{25,76}, que es el modelo desarrollado en España a partir de la Ley General de Sanidad.
- b) El porcentaje de gasto en protección social sobre el PIB es inferior en España al de la mayoría de los países de la Unión Europea de los 15, en paralelo con una menor presión fiscal. Sin embargo la presión fiscal está vinculada, en parte, a la renta per cápita (más baja en España que en la mayoría de estos países) y la presión fiscal en España creció 20 puntos porcentuales en el período 1986-2004.
- c) El gasto público en sanidad compite con otros gastos de protección social, que en España tienen un menor peso sobre el gasto público que en la mayoría de los países de la Unión Europea de los 15, especialmente la protección a la dependencia.
- d) Es probable que el aumento en la eficiencia de los sistemas sanitarios tenga, en los países occidentales desarrollados, una mayor incidencia en las mejoras de los niveles de salud que los incrementos en su gasto (algunos autores señalan que esta relación puede estar en el orden de 10 a 177).

3. Aumento de las disparidades entre Comunidades Autónomas en la financiación del gasto por persona protegida, vinculado a la mayor autonomía y corresponsabilidad fiscal.

4. Pérdida de legitimación social. El barómetro sanitario señala una tendencia a la pérdida de soporte social hacia el sistema sanitario público y un crecimiento paralelo de la opción privada, habiendo aumentado notablemente la doble cobertura. Un elemento esencial para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud es el compromiso de las “clases medias” con el servicio y este compromiso parece estar disminuyendo, escapándose hacia la opción privada (doble cobertura) posiblemente para evitar algunos problemas de la sanidad pública (libertad de elección, lista de espera, información y trato).

5. Eficiencia manifiestamente mejorable, con estancias medias hospitalarias notablemente más altas que las de los países de la Unión Europea con “servicios nacionales de salud” (y con una tasa de mejora de este indicador muy lenta) y un muy elevado consumo de recetas médicas.

6. Ausencia de instrumentos normativos y de una estructura de gobierno del Sistema Nacional de Salud que garanticen la cohesión.

7. Tensiones entre la planificación y demanda de profesionales y segmentación del mercado laboral. Lo más preocupante de este aspecto (aparte de la ausencia de una política de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud) es que parece haberse llegado a unas conclusiones, como la “falta de médicos” (que no está avalada por su contraste con las ratios de profesionales/población en países de la Unión Europea con servicios nacionales de salud) sin que se haya producido un debate previo y necesario sobre: 1. qué sistema sanitario público se necesita ahora y para el futuro; y 2. qué tipologías y necesidades de profesionales se necesitarían para ese sistema.

8. Escasa o nula integración entre la gestión de la asistencia sanitaria y las políticas sociales, especialmente las relacionadas con la dependencia.

9. Posible aumento del control político sobre ámbitos gerenciales y profesionales y profundización de la gestión burocrático-administrativa.

A este listado posiblemente se deba añadir un último problema, que condiciona la posibilidad de alcanzar un diagnóstico compartido sobre la situación del Sistema Nacional de Salud y la adopción de medidas para su —en su caso— reforma:

10. Dificultad para establecer un debate político sosegado, así como para encontrar interlocutores profesionales, sindicales y sociales co-responsables.

3.1.2 Situación actual del sistema sanitario público asturiano

Del análisis realizado en el capítulo 2 se proponen las siguientes conclusiones, que están enmarcadas en la situación actual del Sistema Nacional de Salud comentadas en el apartado anterior:

1. Mayor dependencia de la cobertura sanitaria pública y menor recurso a la cobertura privada que la media de España.

2. Muy alto nivel de legitimación social, siendo el Principado de Asturias la Comunidad Autónoma que muestra mayores índices de satisfacción con el sistema sanitario de todas las del Estado español.

3. Crecimiento del gasto sanitario público por persona protegida a una tasa, en términos constantes, superior a la del Sistema Nacional de Salud. Como se ha comentado en relación con el conjunto del sistema, este dato se considera altamente preocupante, en la medida que puede comprometer la sostenibilidad del sistema sanitario público asturiano y la posibilidad de atender a otros componentes de la protección social, así como a la economía del Principado de Asturias, con un sistema de financiación de las Comunidades Autónomas con mayor dependencia de los recursos obtenidos de la Comunidad Autónoma y mayor exigencia de co-responsabilidad fiscal.

4. Partiendo de niveles elevados de frecuentación hospitalaria y similares en frecuentación de atención primaria y ambulatoria, se produce una **estabilidad en la utilización de servicios y en la actividad global de los servicios sanitarios**, que muestra estabilidad en la hospitalización, reducción de la actividad quirúrgica e incremento de la actividad ambulatoria (hospital de día, consultas y urgencias).

5. Con independencia de problemas puntuales, **la lista de espera en términos agregados no es un problema de la sanidad pública asturiana**, con demoras inferiores a las de la media del

Sistema Nacional de Salud. No obstante se debe mencionar que, como en el resto del Sistema Nacional de Salud, no se dispone de información relativa a posibles demoras, cuellos de botella o retrasos en la atención por recorridos asistenciales inadecuados, discriminada por procesos, tanto agudos como crónicos, en donde los retrasos en la obtención de una asistencia sanitaria adecuada a las necesidades pueden tener una incidencia demostrada sobre las expectativas de supervivencia y calidad de vida de los pacientes⁽⁷⁹⁾.

6. Más baja eficiencia hospitalaria, medida en términos de estancia media y estancia media ajustada por complejidad, que la media del Sistema Nacional de Salud. Escasa ganancia en eficiencia hospitalaria en el período 2001-2008.

La estancia media global del SESPA es más prolongada que la media del Sistema Nacional de Salud (8,3:7,5 días), para un índice de complejidad menor (1,01:1,05). Asimismo se debe recordar que la estancia media de los hospitales del Sistema Nacional de Salud es notablemente más alta que la de los países con servicios nacionales de salud.

7. Disminución de la eficacia del nivel de atención primaria como “puerta de entrada” del sistema. Aumento de la remisión de pacientes a consultas de especialista, tanto primeras como sucesivas, y de las urgencias hospitalarias sin ingreso.

8. Aumento del consumo de recetas por persona protegida y año.

9. Disminución de la productividad (medida en incremento de costes de personal en relación con el incremento de actividad), tanto en atención primaria como especializada. Aumento de los costes de personal del 35% (en términos constantes).

En resumen, el sistema sanitario público asturiano sigue (y ocasionalmente acentúa) algunos rasgos preocupantes del Sistema Nacional de Salud. Existe, sin embargo, un aspecto relevante muy positivo, como es la alta valoración que para los ciudadanos del Principado obtiene la sanidad pública asturiana.

⁽⁷⁹⁾ El Sistema Nacional de Salud, en su preferente interés en la medición de la lista de espera quirúrgica, está midiendo indicadores de actividad que tienen una escasa relación con los resultados en salud. Una revisión realizada en 1999 por Hurst y Sciliani para la OCDE, sobre listas de espera para cirugía “electiva”, señalaba la escasa evidencia —para este tipo de pacientes— de deterioro de la salud en la revisión de estudios de un amplio rango de países (Hurst J, Sciliani L. Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. OECD Health Working Papers. París. 2003). Por el contrario, demoras en la atención inmediata, en las unidades asistenciales adecuadas, a los pacientes con ictus, politraumatismo o síndrome coronario agudo, o en un plazo corto (menos de un mes) a pacientes con sospecha de cáncer, tiene una incidencia directa en las expectativas y calidad de vida de estos pacientes.

3.2 Otros aspectos relevantes sobre la organización y gestión de la sanidad pública asturiana

El análisis cuantitativo del sistema sanitario público asturiano y, en la medida de lo posible, comparativo con el resto del Sistema Nacional de Salud y los países de la Unión Europea de los 15 con modelos de sistemas sanitarios basados en el “servicio nacional de salud”, ofrece el cuadro (marco incluido) que se ha desarrollado en el apartado 3.1. Existen, sin embargo, otros aspectos, más cualitativos, que tienen una incidencia relevante sobre el funcionamiento del sistema sanitario público asturiano.

Muchos, sino todos, de los aspectos problemáticos que se comentan a continuación son probablemente compartidos con el resto del Sistema Nacional de Salud o, al menos, con muchas Comunidades Autónomas de características similares al Principado, y la relación no pretende agotar todos los posibles aspectos sino aquellos que se han considerado más relevantes: 1. la inexistencia de una red integrada de servicios; 2. la profundización de la administración burocrática en la gestión del sistema sanitario; 3. la relevancia (y obsolescencia del concepto) de los “hospitales de referencia” (el Nuevo Hospital Universitario Central de Asturias); 4. la introducción de las TIC sin acompañarse de una reingeniería de los procesos de gestión clínica; 5. el concepto de “Mapa Sanitario del Principado de Asturias” y 6. la diferenciación de funciones dentro de la organización del sistema sanitario asturiano (el SESPA como “ente de derecho público”).

Para algunos de los aspectos analizados se avanzan algunas alternativas frente a la situación actual, aunque posteriormente se desarrollan e integran en el capítulo 5 de este informe. Se ha preferido esta opción, aunque sea menos sistemática para evitar reiteraciones en los capítulos siguientes.

3.2.1. Inexistencia de una red integrada de servicios

El sistema sanitario público asturiano realizó un inteligente esfuerzo por desarrollar una red integrada de hospitales. El Decreto 71/2002, de 30 de mayo, regula la Red Hospitalaria Pública y la Red Sanitaria de Utilización Pública de Asturias.

La Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias se define como “el conjunto integrado por los centros hospitalarios del sector público y los centros hospitalarios privados dependientes de instituciones o fundaciones sin ánimo de lucro que se vinculen a la misma mediante la formalización de un Convenio Singular”. La Red Sanitaria de Utilización Pública integra la Red Hospitalaria Pública y los centros privados vinculados mediante concierto, convenio u otra forma de gestión integrada o compartida con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

El Decreto 71/2002 clasifica a los centros integrados en la Red Sanitaria de Utilización Pública en: Hospital de Área o Distrito; Hospital de Agudos Asociado; Centros de Convalecencia y Centros Privados Concertados. Cada hospital está vinculado a un Área de Salud (en el Área V existen dos distritos, cada uno de ellos con su respectivo hospital).

Asimismo existen, dentro de la organización del SESPA, dos Áreas de Salud con gestión integrada de atención primaria y especializada (Áreas 1, Jarrio y 2, Cangas).

A pesar de los mencionados desarrollos organizativos, se puede afirmar que, probablemente como en la generalidad del Sistema Nacional de Salud, no existe una red integrada de servicios en el sentido de que se hayan desarrollado instrumentos que garanticen la continuidad de los cuidados y la integración de los equipos asistenciales, como pueden ser la integración funcional (especialmente de sistemas de información), la integración clínica (gestión por procesos, gestión de enfermedades crónicas) y la vinculación de los profesionales, avanzando hacia los esquemas propuestos por Shortell⁷⁸ y otros⁷⁹, que permitan vincular recursos en diferentes ámbitos (domicilio, centro de salud, hospital local, servicios de referencia, residencia asistida), mediante las modalidades asistenciales más adecuadas (apoyo domiciliario, consulta, hospitalización de día, hospitalización convencional, hospitalización a domicilio, etc.), de tal forma que se garantice la calidad, continuidad e integralidad de la atención de la forma más eficiente.

Aunque existen otros aspectos que, en relación con una red integrada, pueden ser analizados, se abordarán en este apartado dos que tienen especial relevancia para la eficacia del funcionamiento del sistema sanitario público asturiano: a) la pobre relación entre niveles asistenciales y b) la mimética reproducción de una misma estructura a tamaño más reducido (hospitales de Área de Salud).

3.2.1.1 Relación entre niveles asistenciales

Existen datos, que comparte el sistema sanitario público asturiano con el Sistema Nacional de Salud, que obligan a una reflexión sobre la eficacia de la reforma de la atención primaria y el papel de este nivel asistencial en la actualidad. Entre estos datos que inducen —si bien de forma indirecta— a señalar déficit de eficacia y calidad de la atención primaria se encuentran la elevada frecuentación de las consultas médicas de atención primaria y especializada (notablemente más alta que la de los países europeos con servicios nacionales de salud); la reiteración de consultas sucesivas en atención especializada; la elevada frecuentación de las urgencias tanto en la atención primaria como, especialmente, en la atención especializada⁽⁸⁰⁾; y el elevado consumo de medicamentos (recetas por habitante y año).

(80) Se estima que alrededor de un 80% de las urgencias hospitalarias se realizan a iniciativa del paciente, sin ser referido desde atención primaria. Aproximadamente un 80% de los pacientes son dados de alta a domicilio. Dentro de las preferencias de los usuarios para elegir como primera opción las UUH está la expectativa de una atención más rápida o por mayor confianza.

El “nivel” de la atención primaria

Uno de los más importantes logros de la reforma sanitaria iniciada en los 80 ha sido el dotar de una amplia red de servicios de atención primaria, con una cobertura poblacional completa y muy accesible, que garantiza no sólo una equidad geográfica y poblacional, sino también socioeconómica. El mantenimiento —como en el NHS inglés, pero realmente como continuación del modelo del INP— del médico de familia como puerta de entrada al sistema contribuye a garantizar la continuidad de la asistencia y a racionalizar el uso de los recursos. La formación especializada de médicos de familia, iniciada antes de la reforma, debería contribuir a crear un perfil profesional enfocado a tratar enfermos en lugar de enfermedades y, por tanto, más atento a las condiciones medioambientales y socioeconómicas de las personas y poblaciones que atienden. La concepción de trabajo en equipo multiprofesional y el desarrollo de instrumentos de garantía de la calidad en atención primaria (historia clínica, cartera de servicios, normas técnicas, etc.) han contribuido al desarrollo de una atención sistemática a los pacientes y poblaciones. Todos estos logros y objetivos son irrenunciables, por lo que la crítica a la burocratización de la atención primaria, su falta de eficacia como puerta de entrada, la escasa interrelación con la atención especializada no deben ser entendidos como una “revisión” de la reforma de la atención primaria, en contra de sus fundamentos básicos, sino —por el contrario— un intento de analizar aquello que no funciona adecuadamente, para volver a las raíces de esta reforma.

Un aspecto importante es la propia terminología. El uso más frecuente es referirse a los “niveles” asistenciales para denominar el ámbito de la atención primaria y la atención especializada. Esta terminología, utilizada por la Ley General de Sanidad (1986) transmite la imagen de que cuando el proceso del paciente “desborda” el nivel de la atención primaria el paciente es referido a un nivel “superior”: el de la atención especializada. Como más adelante se mencionará en este informe, la concepción de niveles asistenciales ha sido superada por el cambio del perfil poblacional y epidemiológico, que obligaría a un cambio de modelo asistencial, en donde los equipos de atención primaria y las unidades clínicas de atención especializada deben compartir las estrategias de actuación y, en numerosas ocasiones, el manejo de los pacientes más complejos, incorporando frecuentemente a la asistencia los recursos sociales.

La “coordinación” entre niveles asistenciales

En el análisis de situación contenido en la “Atención Primaria del S. XXI”⁸⁰ se señala que “los equipos multidisciplinares presentan conflictos en la definición de funciones. Los puentes con la red socio-sanitaria no logran una efectividad completa en términos de coordinación. El horizonte de la atención realmente compartida entre los dos niveles del sistema sanitario está todavía lejos”; en suma, que existen notables dificultades de coordinación en los equipos de atención primaria y entre éstos y la atención especializada y los servicios sociales y socio-sanitarios, siendo éste un tópico que, aunque reiterado, sigue siendo una asignatura pendiente del sistema sanitario público español.

La gestión integrada en una sola gerencia no es equivalente a “gestión integral”. La gestión integrada en una sola gerencia tiene algunos antecedentes dentro del SESPA (Áreas de Salud I y II) y en el resto del SNS, existiendo experiencias en Andalucía, Aragón⁽⁸¹⁾, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Comunidad Valenciana (las concesiones administrativas de Alzira, Denia y Elche), Extremadura, Galicia⁽⁸²⁾, Navarra y La Rioja (que abarca a la Comunidad Autónoma⁽⁸³⁾). La eficacia de los sistemas de organización y gestión de estas experiencias es controvertida. Un Grupo de Trabajo de la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) señala que “las posibles amenazas enunciadas de la ‘gerencia única’ prevalecen en su desarrollo real en el momento actual sobre las oportunidades que ofrecen, lo que nos obliga a valorar con preocupación la tendencia actual generalizada hacia las gerencias únicas”⁸¹. Es posible que las insuficiencias del modelo de “gestión integrada” detectadas por el Grupo de Trabajo de la SEMFYC sean debidas a que respondan tan sólo a la integración horizontal de algunos servicios estratégicos y de soporte, sin que se produzca una integración de la gestión clínica⁽⁸⁴⁾. En una de las áreas con gestión integrada del SESPA los profesionales de atención primaria y especializada señalaron como problemas la ausencia de un sistema formal de coordinación entre los equipos de atención primaria y el servicio de Medicina Interna del hospital, basándose exclusivamente en las relaciones personales, no existiendo una sistemática de trabajo conjunta en relación con la gestión clínica de casos ni respecto de la mejora continuada de habilidades y conocimientos.

Incluso en la Áreas de Salud con gerencia única no existen instrumentos administrativos en el ámbito de los recursos humanos que permitan la adscripción del personal (o de parte de él) al Área, dándose la paradoja de que en algunos servicios que, efectivamente, desempeñan su actividad tomando como referente el área de salud (como, por ejemplo, salud mental), coexiste personal que, realizando exactamente el mismo trabajo, mantiene diferentes regímenes laborales (retributivos, por ejemplo) en función de su adscripción a “atención primaria” o “asistencia especializada”.

La propia palabra “coordinación”, interiorizada en el “Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012” (Estrategia 21: Potenciar la comunicación y coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada)⁸², responde a la arquitectura rígida (dos niveles asistenciales con competencias específicas) consolidada por la Ley General de Sanidad frente a la arquitectura variable (paciente y familia – servicios sociales y sociosanitarios – atención primaria – atención especializada) y “gestión compartida” que demanda una gestión asistencial integral, en

(81) Decreto 41/2005, de 22 de febrero, del Gobierno de Aragón, de Organización y funcionamiento del Sector Sanitario en el Sistema de Salud de Aragón.

(82) Decreto 15/2005, de 3 de febrero, por el que se establece la estructura del área sanitaria de Ferrol.

(83) La Rioja (Decreto 121/2007, de 5 de octubre, por el que se constituye el Área de Salud de la Comunidad Autónoma de La Rioja (BOR de 11 de octubre de 2007).

(84) Por ejemplo, existe una Dirección Médica de Atención Primaria y otra de Asistencia Especializada en las dos áreas del SESPA con gestión integrada.

especial de los pacientes que generan el mayor número de consultas, urgencias e ingresos y estancias hospitalarias, que son los pacientes con enfermedades crónicas y afectación sistémica, con variables grados de dependencia y fragilidad⁵⁸. La atención sistemática a este tipo de pacientes está siendo desarrollada en otros sistemas sanitarios como, por ejemplo, el *National Health Service* inglés^{83,84}, basada en la experiencia de algunas *Health Maintenance Organizations* de los Estados Unidos, especialmente la Kaiser Permanente^{85,86}.

Desde la perspectiva de los hospitales, no se han constatado experiencias similares a las de otros Servicios de Salud (Andalucía, Hospitales 12 de Octubre y Clínico de Madrid, Hospital Universitario de Salamanca), introduciendo las “unidades de pacientes pluripatológicos”, un desarrollo organizativo que persigue una atención sistemática y compartida entre atención primaria y especializada de los pacientes crónicos con múltiples patologías y afectación sistémica⁵⁸.

La ausencia (al menos por el momento) de una historia clínica compartida, así como el mantenimiento de sistemas de información distintos para la atención primaria y especializada no favorecen la coordinación entre niveles ni la integración de procesos asistenciales. Asimismo existe, tanto en el sistema sanitario público de Asturias como en el Sistema Nacional de Salud una insuficiente utilización de las TIC (correo electrónico, teléfono móvil, videoconferencia) en la comunicación entre los profesionales de ambos niveles.

3.2.1.2 La mimética reproducción de una misma estructura a tamaño más reducido (hospitales de Área de Salud)

El Mapa Sanitario de Asturias nació en 1984 dentro de la lógica de la reforma de la atención primaria de salud. La Ley General de Sanidad de 1986 estableció el criterio de que toda Área de Salud dispusiera de un hospital de referencia (artículo 15.1):

“Una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho, en el marco de su Área de Salud, a ser atendidos en los servicios especializados hospitalarios”.

El criterio establecido en la Ley General de Sanidad fue atendido por el Principado de Asturias en el Decreto 11 7/89, de 27 de diciembre, por el que se modificaba parcialmente el Decreto 112/84 para su puesta en práctica, redactando su artículo 1º de la siguiente forma:

“Cada Área Sanitaria del Principado de Asturias cuenta con una cabecera de Área donde se ubica el centro de referencia para la atención especializada”.

La dotación de “Hospitales de Área” en todas las Áreas de Salud del Principado se completó con la puesta en funcionamiento del hospital de Arriondas y su vinculación a la Red Hospitalaria Pública del Principado de Asturias.

La traslación —compartida con la totalidad de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud y el propio INSALUD— de un criterio funcional de la Ley General de Sanidad: el “nivel de atención especializada disponible en el Área” (servicio) a otro físico: el hospital, implica también la adscripción de los recursos humanos a la gerencia de atención especializada del Área de Salud. Este otro “hospitalcentrismo” ha estimulado la mimética traslación de la estructura organizativa y cartera de servicios de los hospitales donde se concentran los servicios de referencia (que son, a su vez, los que tienen mayor influencia sobre los profesionales en la reproducción de la concepción de la sanidad y actitudes) a los hospitales de Área o de Distrito, que reproducen, en tamaño reducido, la organización y gestión y la cartera de servicios de sus referentes⁽⁸⁵⁾. Esta configuración organizativa ha generado dos tipos de problemas: los relativos a los “hospitales locales” (hospitales de Áreas con baja población, generalmente muy dispersa, rural y con alto nivel de envejecimiento) y la dificultad para la regionalización de servicios.

Hospitales locales

Una de las consecuencias de la mimética reproducción de los hospitales de las Áreas de Salud previstas en la Ley General de Sanidad (\cong 250.000 habitantes) a áreas con baja población (“hospitales locales”), es que su tamaño produce ineficiencias por falta de economía de escala y —lo que todavía es más preocupante— problemas de seguridad por atender a un volumen insuficiente de determinados casos. En la experiencia europea los hospitales más eficientes y de mayor calidad se sitúan en el rango de las 300-600 camas⁸⁷, para ámbitos poblacionales, por tanto, superiores a los 150.000 habitantes. A efectos de este informe se entiende por “hospitales locales” aquellos que atienden a poblaciones inferiores a los 100.000 habitantes.

La reflexión sobre el modelo organizativo y de gestión de los “hospitales locales” no es privativa del Sistema Nacional de Salud. El *Institute for Public Policy Research* (IPPR) señala, para el Reino Unido, que el principal motor para la regionalización de determinados servicios es la seguridad del paciente⁸⁸. Por ejemplo, en relación con la asistencia al síndrome coronario agudo, el IPPR estima que la diferencia en el porcentaje de resultados negativos (muerte inmediata, reinfarto e ictus) es de 6 puntos porcentuales favorable a un abordaje centralizado (angioplastia) frente a otro descentralizado (fibrinólisis) (8%:14%). Esta misma lógica aplica a los politraumatismos en relación con los “*Trauma Centers*” y otros procesos que se abordarán en el siguiente epígrafe de este apartado.

(85) Por ejemplo, en todos los hospitales de menos de 300 camas de la Red Hospitalaria Pública de Asturias, que atienden a poblaciones inferiores a los 100.000 habitantes, existe una cartera de servicios que incorpora los servicios de Análisis Clínicos y/o Bioquímica, Hematología y Microbiología, en lugar de disponer de un servicio polivalente de Análisis Clínicos y un laboratorio de referencia para las sub-especialidades.

Además de los problemas que para la calidad de la atención se pueden derivar de una organización y funcionamiento de los hospitales locales que tiende a reproducir a la de los hospitales de las Áreas de Salud previstas en la Ley General de Sanidad (250.000 habitantes), se producen problemas de eficiencia, como:

1. Duplicación e ineficiencia en la utilización de recursos para la atención a la guardia y en la asistencia de urgencias.
2. Índices de producción asistencial que tienden a ser menos adecuados que los del Sistema Nacional de Salud⁽⁸⁶⁾:
 - 2.1 Índices de ocupación bajos, resultado de la sobreoferta de camas hospitalarias de agudos en el Área.
 - 2.2 Estancia media ajustada a la complejidad prolongada.
3. Elevada rotación de los profesionales que, en cuanto es posible, utilizan el concurso de traslado para integrarse en la plantilla de los grandes hospitales⁽⁸⁷⁾.
4. Costes elevados por unidad de producción.

Regionalización de servicios

La regionalización de servicios obedece a criterios de aseguramiento de la calidad asistencial, pues existe suficiente evidencia científica para establecer una relación entre mortalidad y/o morbilidad y volumen de actividad de hospitales y médicos^{89,90,91,92,93,94} y esta relación existe para numerosos procesos y procedimientos médicos y quirúrgicos.

No solamente volumen y calidad están relacionados en procesos complejos (cardiopatía isquémica aguda, cáncer, cirugía cardiaca, neurocirugía, transplantes, etc.). En un trabajo realizado en el seno de la elaboración del documento de estándares y recomendaciones para maternidades hospitalarias⁹⁵, se encontró que las tasas de cesáreas eran significativamente más elevadas en aquellos hospitales que realizaban menor volumen de partos y especialmente aquellos que tenían menos de 600 partos al año, recomendándose no dotar de maternidad hospitalaria a aquellos hospitales que no tengan un área poblacional de referencia que genere una demanda superior a los 600 partos al año, excepto que razones de tiempos de desplazamiento o accesibilidad así lo aconsejen.

(86) También se podrían comparar con los datos de los hospitales de Área de la Red Hospitalaria Pública que atienden a poblacionales superiores a 150.000 habitantes. Sin embargo, los indicadores del HUCA se encuentran todavía muy lejos de estándares óptimos (por ejemplo, estancia media en 2008: 9,5). Los comentarios se refieren a aspectos generales, que pueden no tener aplicación en algún "hospital local" en concreto.

(87) Existen, también en este caso, notables excepciones, con profesionales, muchos de ellos excelentes, que han optado por permanecer en el "hospital local".

El *Royal College of Surgeons of England* ha propuesto centralizar los servicios de urgencia quirúrgicos, con mayor cobertura poblacional, así como hacer factible disponer de un servicio de referencia para las urgencias con quirófanos dedicados las 24 horas a operaciones de urgencia⁹⁶.

La regionalización de servicios afecta también a la gestión de las urgencias de determinados procesos que se benefician especialmente de una atención precoz, en el servicio o unidad adecuados, en donde existan equipos humanos experimentados, así como unidades de soporte, instalaciones y equipamientos, que posibiliten realizar determinados procedimientos con las máximas garantías de calidad. Entre estos procesos se deben mencionar el ictus⁹⁷, los politraumatismos^{98,99,100} y el síndrome coronario agudo¹⁰¹. Los pacientes que sufren estos procesos, que frecuentemente se presentan como situaciones de riesgo vital (emergencia sanitaria), pueden ver mejoradas notablemente su esperanza y calidad de vida si se desarrollan sistemas que garanticen su atención lo más rápidamente posible y deriven el paciente al centro más adecuado para la asistencia a su proceso agudo. Las tecnologías de la información contribuyen de forma notable a la gestión de estos sistemas integrales de urgencias, incluyendo la alerta temprana de los dispositivos que tienen que intervenir en la atención de los distintos procesos¹⁰².

La situación en el SESPA en relación con la regionalización de servicios es similar a la del resto del Sistema Nacional de Salud. Por una parte, existe una pulsión, favorecida por intereses profesionales y políticos, para reproducir a nivel local la cartera de servicios de los hospitales con servicios de referencia. Tampoco existe una política del Servicio de Salud que limite explícitamente la complejidad de los procesos atendidos en los “hospitales locales”, dependiendo esta limitación en la mayoría de las ocasiones de la falta de disponibilidad de determinados equipamientos o de la voluntad de los profesionales. Como se ha comentado, la tendencia a reproducir a nivel local la más amplia cartera de servicios posible no solamente es poco eficiente, en la medida que requiere de equipos profesionales, guardias, instalaciones y equipamientos que no alcanzan rendimientos adecuados, sino que puede dar un servicio de calidad subóptima. Por otra parte, aunque existen notables excepciones, la tendencia más generalizada es que el servicio de referencia se considere un servicio “del hospital” al que se le remiten los pacientes más complejos o que solamente puede ser atendidos en el mismo por disponer determinados servicios clínicos o de equipamientos, en lugar de considerarse un servicio que debe dar cobertura al conjunto de las Áreas de Salud para las que actúa como referencia. Los profesionales que no pertenecen a la plantilla del hospital no tienen opción (al menos formalmente, porque también existen excepciones) de participar en el funcionamiento del servicio de referencia, y este hecho contribuye también a la mimética reproducción de la cartera de servicios en hospitales que atienden a Áreas de Salud menos pobladas.

3.2.2 La profundización de la administración burocrática en la gestión del sistema sanitario

En el análisis realizado en el apartado 2.1 de este informe se alertaba sobre la penetración, cada vez mayor, de la burocracia administrativa en la gestión de los servicios sanitarios públicos, un proceso contradictorio con uno de los objetivos de la reforma sanitaria, recogido asimismo por el Libro Blanco de los servicios sanitarios asturianos.

El progresivo proceso de “burocratización” ha sido impulsada, entre otros motivos, por las sentencias de los tribunales de justicia asimilando —en ausencia de un estatuto diferenciado— las relaciones del personal sanitario con los servicios públicos de salud en el marco funcional. La consolidación de empleo del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud (2001) y el Estatuto Marco (2003) no hicieron más que consolidar esta tendencia⁽⁸⁸⁾.

La relación funcional de personal de salud no es la regla, sino la excepción, en los servicios nacionales de salud de la Unión Europea. En el Reino Unido, la relación “estatutaria” de los médicos hace referencia a su carácter profesional, pero el médico general ejerce de profesional “liberal” (son profesionales autónomos con un contrato especial de servicios con el National Health Service) y los médicos de los hospitales celebran un contrato individualizado en el que se especifican las condiciones de trabajo, así como sus responsabilidades concretas que son revisadas periódicamente⁷⁴. En Suecia la relación es de carácter laboral para todos los empleados del sector público, una decisión tomada a principios de los años 80, que respondió a valores democráticos (igualdad) y de eficiencia⁷⁴.

Otro factor que ha contribuido a la burocratización de los servicios sanitarios públicos ha sido el fracaso de los intentos reformistas relatado en el apartado 1.3 de este informe y la escasa aplicación de las “nuevas formas de gestión”. En una evaluación realizada por J.J. Martín en 2003 se señalaba que no existían suficientes estudios empíricos que demostraran claramente su bondad en términos de eficiencia. De acuerdo con este autor, las nuevas formas de gestión posiblemente mejoraban la eficiencia respecto a las formas tradicionales de gestión sanitaria directa, pero, por otro lado, señalaba que la falta de separación efectiva de financiador y proveedor público, así como la disminución progresiva de la autonomía de gestión de estas fórmulas de gestión parecían indicar una pérdida de eficiencia en términos dinámicos. Como se ha señalado, el abandono —al menos provisional— de la vía de la “gestión empresarial pública” se ha acompañado del desuso de los instrumentos creados para desarrollarla, como la utilización de los contratos-programa, la dirección por objetivos y la profesionalización de la gestión.

La relación que el “Estatuto Marco” consolida es de carácter funcional, basando la selección del personal en los principios de “igualdad, mérito y capacidad” (nombramiento) en lugar de la idoneidad y adecuación al puesto de trabajo (selección, contrato). La relación normal es inmutable: “Es

⁽⁸⁸⁾ Los contratos-programa siguen existiendo formalmente en la mayor parte de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, pero han perdido su intención “contractual” (no existe una negociación de objetivos de actividad y calidad a los que se vincula una determinada financiación, y aún menos se interioriza esta negociación en los servicios clínicos), ni la continuidad de los equipos directivos de los centros está vinculada al logro en su cumplimiento. Los equipos de dirección de los centros, así como los responsables de los Servicios de Salud tienen, en general, retribuciones inferiores a los del personal estatutario de los centros, no reconocimiento de la “carrera profesional”, etc. haciendo estos puestos menos atractivos que los asistenciales.

personal estatutario fijo el que, una vez superado el correspondiente proceso selectivo, obtiene un **nombramiento** para el desempeño con carácter permanente de las **funciones**⁽⁸⁹⁾ que de tal nombramiento se deriven” (negrita propia). La evaluación del desempeño se menciona en relación con las “retribuciones complementarias”.

La situación en el sistema sanitario asturiano es, en este sentido, de una notable profundización de la administración burocrático-administrativa en la gestión sanitaria pública. La “encomienda de gestión” del SESPA al Instituto Asturiano de Administración Pública “Adolfo Posada” para la gestión de la selección de personal, o los informes de la Sindicatura de Cuentas y de la Inspección de Servicios, muestran no tanto la “incomprensión” de las Consejerías o instituciones que tutelan la función pública (aunque una adaptación de las normas a las peculiaridades de la administración del sistema sanitario sería deseable) sino, principalmente, la inadecuación de las normas de la función pública a las necesidades de la gestión sanitaria. El problema de estas normas no es que “limiten” o establezcan un control para los gestores sanitarios, pues toda gestión, y especialmente la gestión de los servicios públicos, debe tener un marco de referencia que impida la arbitrariedad y está obligada a rendir cuentas de forma transparente⁽⁹⁰⁾, sino que pueden comprometer la eficiencia y calidad de los servicios sanitarios públicos⁽⁹¹⁾.

Frente a la tendencia a la burocratización, se está produciendo, por parte de la Consejería de Salud del Principado de Asturias y del SESPA un intento de volver a una vía de transferencia de responsabilidad hacia las unidades clínicas. En este sentido, la publicación del Decreto 66/2009, de 14 de julio, por el que se regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias, supone un relevante hito. Otras iniciativas, como el Decreto de Retribuciones o el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SESPA, o anuncios como el del desarrollo de “plantillas vinculadas” que den cobertura a varios centros⁽⁹²⁾ caminan en el mismo sentido. Existen, no obstante, algunas amenazas a estas iniciativas, entre las que se deben mencionar:

(89) A diferencia de la función pública, lo que se exige a un profesional sanitario no es que realice “funciones” sino que posea, de forma actualizada, los conocimientos y habilidades y tenga la actitud que asegure una asistencia sanitaria de calidad.

(90) La inspección y control burocrático no garantizan la transparencia. De hecho, es posible acceder a más y mejor información sobre el funcionamiento y calidad de los servicios e instituciones del National Health Service del Reino Unido, que —como se señaló en el capítulo 2— en el Sistema Nacional de Salud español.

(91) Un ejemplo de la legítima preocupación por esta inadecuación de medios a fines es el debate propiciado por el artículo de opinión de Juan Luis Rodríguez-Vigil y Carlos Suárez publicado en La Nueva España el 08.02.09 (El HUCA, condicionado por la calidad de su personal médico).

(92) “Salud organizará grupos de especialistas que atiendan varios hospitales”. La Nueva España, 12.10.08. También: La Nueva España 14.08.09. Sobre este aspecto se volverá en el apartado 3.2.5.

- La experiencia en el Sistema Nacional de Salud ha mostrado que las experiencias selectivas (incluyendo las “nuevas formas de gestión”) han terminado siendo asimiladas por el masivo peso del resto.
- El marco general de funcionamiento es el de la función pública, que deja escaso margen para transferir riesgo e incentivos a los centros de gestión (que carecen de personalidad jurídica propia) y de éstos a las unidades clínicas.
- Es difícil que prosperen este tipo de iniciativas en una determinada Comunidad Autónoma (Cataluña es una excepción, por tamaño y tradición) sin que exista un compromiso y acuerdo político y social en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Otra política de especial relevancia impulsada por la Consejería y el SESPA es el Plan de Ordenación de los Recursos Humanos, como desarrollo para el Principado del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. El desarrollo de las áreas y unidades de gestión clínica se configura como el principal referente organizativo del Plan. Otros aspectos de este plan, relevantes para la mejora de la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, son:

- El establecimiento de criterios de selección de los profesionales basados en la competencia específica para el puesto, aspecto fundamental para garantizar la seguridad del paciente, así como la calidad y eficiencia en la prestación de servicios.
- La posibilidad de movilidad profesional en ámbitos territoriales superiores al Área de Salud. La importancia de este aspecto en relación con la mejora de la calidad y eficiencia de los servicios se aborda en los apartados siguientes.
- Movilidad para adecuar las disponibilidades de recursos humanos a las necesidades de la población.
- Los aspectos relativos a la formación, promoción y carrera profesional.
- El reconocimiento de la función directiva.
- La potenciación de los incentivos.
- Una configuración de las jornadas más flexible que en la actualidad, que permita adaptarse tanto a las necesidades del servicio como a las circunstancias personales y trayectoria profesional.

El Plan de Ordenación de Recursos Humanos camina, por tanto, en el sentido adecuado, en la medida que diferencia la gestión de este recurso de la general de la burocracia administrativa, adecuándola a las características del servicio sanitario. Las dificultades para su implantación son básicamente las mismas que en relación con las unidades de gestión clínica. Es problemático que prosperen estas políticas en un marco en donde las unidades de gestión no tengan un traslado efectivo de responsabilidad y riesgo, para lo que precisan un suficiente margen de autonomía. Por otra parte es, con seguridad, difícil avanzar en una determinada Comunidad Autónoma, sin que exista una “masa crítica” en el Sistema Nacional de Salud que permita avanzar en el sentido apuntado por el plan de ordenación de los recursos humanos del SESPA.

3.2.3 La relevancia (y obsolescencia del concepto) de los “hospitales de referencia”. El Nuevo Hospital Universitario Central de Asturias.

El futuro del Hospital Universitario Central de Asturias, cuya construcción se inició en 2005, es clave para la sanidad asturiana, no sólo por la relevancia de su peso sobre el total del gasto sanitario público en Asturias (cerca del 25%) sino también porque es el principal núcleo de formación de los médicos que prestan servicio en el SESPA y, por lo tanto, también de reproducción de sus concepciones y actitudes en relación con el sistema sanitario público.

El proyecto del HUCA no está aislado del contexto nacional e internacional. Procesos de sustitución de grandes hospitales que se han hecho obsoletos por otros edificios más adecuados para albergar las modernas instalaciones que precisan las actuales formas de prestación de servicios hospitalarios (más intensivos en el uso de la tecnología y en la utilización del recurso cama; con aumento de los procesos resolutivos ambulatorios y desarrollo de la actividad ambulatoria)⁽⁹³⁾, se han desarrollado y están desarrollando en estos momentos en numerosos puntos del Sistema Nacional de Salud, entre ellos:

- Hospital Dr. Negrín (Las Palmas de Gran Canaria).
- Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (Barcelona).
- Hospital La Fe (Comunidad Valenciana).
- Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda (Comunidad de Madrid).
- Hospital Son Dureta (Comunidad de las Islas Baleares)
- Nuevo Hospital de Toledo (Comunidad de Castilla La Mancha).

La experiencia más generalizada en relación con estos hospitales es que las importantes inversiones realizadas en obra e instalaciones incluyendo la introducción de tecnologías de la información (“hospitales sin papel”) no se ha acompañado (o lo ha hecho en una escasa medida) de un nuevo planteamiento en relación con su organización y gestión y de su relación con el resto del sistema sanitario, ni se ha realizado una reingeniería de los procesos clínicos y administrativos, por lo que se puede decir que, en general, se puede hablar de “nuevos edificios”, no de “nuevos hospitales”. Es probable, por tanto, que el retorno —en términos de aumento de la calidad y la eficiencia— de la importante inversión realizada en estos nuevos centros esté notablemente alejado de lo que debería exigirse de las muy importantes inversiones realizadas.

(93) El nuevo HUCA es un hospital con una clara orientación hacia la atención ambulatoria (consultas, hospitalización de día, cirugía mayor ambulatoria) y con una presencia muy importante de cuidados críticos (gran potenciación de las áreas de cuidados intensivos de adultos y pediátricos).

Para adaptarse a un entorno de “hospital sin papel” el actual HUCA ha procedido a la eliminación de servicios duplicados o triplicados procedentes de la fusión del Hospital General, Nuestra Señora de Covadonga y del Instituto Nacional de Silicosis, a la realización del mapa de procesos y, posiblemente lo que es la actuación más relevante la creación de doce áreas de gestión clínica que empezarán a funcionar en 2010, con una previsión de incorporación paulatina del resto de las áreas hasta concluir el proceso coincidiendo de manera aproximada con el traslado al nuevo HUCA.

El programa funcional del HUCA señalaba que¹⁰³:

“El nuevo Hospital incorporará la descentralización de los servicios asistenciales de manera que éstos se organicen alrededor de los procesos asistenciales de los pacientes, con los instrumentos y soportes de las nuevas tecnologías. En él se desarrollarán nuevas posibilidades tales como la telemedicina o la teleasistencia y, por supuesto, todas aquellas modalidades de atención que las nuevas tecnologías puedan permitir en cooperación con el conjunto de la red de servicios de salud”.

En esta frase están contemplados los dos grandes retos del futuro HUCA. Uno es organizar los servicios en relación con los procesos asistenciales. El segundo, complementario con el anterior y necesario para alcanzarlo, es integrar al HUCA en una red de servicios de salud. Ambos conceptos, repetidos en prácticamente la totalidad de los programas funcionales de los nuevos hospitales, conducen a una revisión en profundidad del concepto de “hospital de referencia”. El programa funcional del HUCA definía el modelo del futuro hospital del siguiente modo:

- Forma parte de la red de servicios sanitarios y sociales y funciona en coordinación con los mismos.
- El hospital se constituirá en red, tanto intrahospitalariamente como con el resto de los servicios sanitarios de Asturias.
- El área ambulatoria y las consultas de alta resolución tendrán un extenso desarrollo. Se incluyen entre éstas la teleconsulta y la telemedicina.
- Flexible para introducir a lo largo de los años nuevos modelos de organización y gestión (en la actualidad Unidades de Gestión Clínica, atención por procesos).
- Basado en la descentralización interna y el trabajo por procesos.
- Servicios asistenciales organizados sobre la filosofía de la gestión clínica. En este sentido se dará la máxima autonomía a los clínicos en la gestión de los servicios y recursos, que se formalizará mediante el establecimiento de contratos de gestión con la dirección del centro.
- Creación de áreas de atención que superen el concepto de servicio basado en las especialidades clásicas.
- Concepción del proceso como unidad de producto del servicio.

Mientras el edificio y las instalaciones del Nuevo HUCA se están construyendo, la organización y gestión del actual hospital están cambiando para alcanzar los objetivos previstos en el programa funcional. Este cambio, que tiene múltiples dimensiones, debería atender a las dos líneas estratégicas

desarrolladas en el programa funcional: 1. descentralización de los servicios y su organización alrededor de los procesos asistenciales, lo que se está desarrollando a través de las áreas de gestión clínica; y 2. la integración de los servicios clínicos del HUCA en una red de servicios. Atender a las múltiples dimensiones que debieran informar la gestión del cambio en el HUCA están fuera del alcance de este informe, por lo que este apartado se centra en tres de los aspectos posiblemente más relevantes: 1. la evolución de los indicadores agregados de actividad y la organización del HUCA en “áreas y unidades de gestión clínica”; 2. la organización de los servicios clínicos en torno a los procesos asistenciales y su integración en una red de servicios; y 3. el desarrollo del “cluster” de ciencias de la salud.

Evolución de los indicadores agregados de actividad. Organización del HUCA en área y unidades clínicas

La evolución de los indicadores agregados de actividad del HUCA desde el año 2000 hasta 2008 (última memoria publicada del SESPA) ha sido la siguiente⁽⁹⁴⁾:

EVOLUCIÓN ACTIVIDAD HUCA										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	% 2008/2000
Hospitalización										
Camas en funcionamiento	1.367	1.355	1.339	1.327	1.282			1.262	1.244	-9,00%
Altas H. Convencional	40.995	40.972	40.248	41.096	40.580			39.488	40.082	-2,23%
Estancias H. Convencional	432.959	431.966	417.034	402.172	402.545			386.121	379.585	-12,33%
Estancia Media	10,5	10,1	10,4	9,8	9,9			9,7	9,7	-7,62%
Actividad Quirúrgica				20.858	20.846			21.604	21.038	0,86%
I.Q. Programadas con										
Hospitalización	12.650	12.634	11.883	11.070	11.015			10.988	10.947	-13,46%
I.Q. Urgentes con Hospitalización	4.230	4.337	4.496	4.508	4.379			4.270	4.677	10,57%
I.Q. Programadas Ambulatorias	n.d.	n.d.	n.d.	4.954	5.097			6.028	5.115	3,25%
I.Q. Urgentes Ambulatorias	596	573	583	326	355			318	299	-49,83%
% I.Q. Ambulatorias/Totales				25%	26%			29%	26%	
Consultas										
C. Externas Alta Resolución	n.d.	n.d.	n.d.	1.055	1.013			3.415	4.227	300,66%
C. Externas Totales	548.265	545.689	541.531	559.941	569.296			583.557	599.843	9,41%
C. Externas Primeras	158.898	153.440	156.039	169.905	178.944			185.602	194.090	22,15%
C. Externas Sucesivas	389.367	392.249	385.492	390.036	390.352			397.955	405.753	4,21%

⁽⁹⁴⁾ Notas a la Tabla: Series no homogéneas. Los datos de 2007 y 2008 están tomados de la Memoria del SESPA 2008. Los datos de 2000-2004 son resultados de cada ejercicio, pero con importantes cambios de criterio entre ejercicios para algunas series. En los años 2000 a 2002 puede existir una suma de actividad quirúrgica ambulatoria en un sentido muy amplio; en los años 2003 y 2004 agrupa todo tipo de intervenciones ambulatorias programadas realizadas, lo que incluye I.Q. ambulatorias en quirófano (CMA) con medios propios + IQ con CMA con cargo al Programa de Demoras + Otra Cirugía Ambulatoria (Cirugía Menor). Se resalta con **negrita** los datos más relevantes.

EVOLUCIÓN ACTIVIDAD HUCA										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Relación Sucesivas : Primeras	2,5	2,6	2,5	2,3	2,2			2,1	2,1	
Urgencias										
Totales	118.529	119.182	123.176	131.359	128.072			141.672	143.800	21,32%
No Ingresadas	93.748	96.083	100.044	107.622	105.031			117.808	119.725	27,71%
% Ingresadas/Totales	21%	19%	19%	18%	18%			17%	17%	
Hospital de Día	16.659	20.710	21.969	27.483	35.547			41.791	44.782	168,82%
Oncohematológico	14.190	17.126	17.269	17.465	17.904					
SIDA	34	0	0	0	0					
Geriátrico	0	0	0	0	0					
Médico	2.435	3.584	4.700	5.035	11.103					
% Sesiones / estancias	4%	5%	5%	7%	9%			11%	12%	
Transplantes										
Cardíaco	22		18	17	14			11	15	-31,82%
Córnea	36		34	68	68			47	52	44,44%
Renal	58		58	64	66			54	39	-32,76%
Hepático	0		28	32	41			31	34	21,43%
Médula ósea alogénico	37		49	42	3			12	17	-54,05%
Médula ósea autólogo					34			28	31	-8,82%

Los datos agregados de evolución de la actividad del HUCA muestran algunas señales alarmantes en relación con el cumplimiento de los objetivos del programa funcional del HUCA:

- La estancia media (9,7)⁽⁹⁵⁾ es muy prolongada en relación con los hospitales del Sistema Nacional de su “cluster” (8,4 días de estancia media en 2007⁽⁹⁶⁾), estando notablemente alejada de las hipótesis contempladas en el programa funcional, que preveían una estancia media en el entorno de 8 días en 2009, con una tendencia hacia los 7 días de estancia media en años posteriores. Este objetivo es inalcanzable a la tasa de reducción de la estancia media, que ha sido de sólo un 7,6% de 2000 a 2008.

Debe mencionarse que la estancia media de los hospitales del Sistema Nacional de Salud es, a su vez, prolongada en comparación con otros centros de excelencia:

(95) La estancia media prevista para 2009 es de 9,1 días.

(96) <http://pestadistico.msc.es/PEMSC25/Informe.aspx>.

Hospital	E. Media
HUCA	9,7
Johns Hopkins Hospital (EE.UU.)	5,9
Karolinska Hospital (Suecia)	4,6
King's College hospital NHS Trust (R. Unido)	4,4
Massachusetts General Hospital (EE.UU.)	5,9
Mayo Clinic (EE.UU.)	5,8
Media SNS (Grupo 5: Grandes hospitales, complejos y hospitales de referencia)	8,4

- La actividad quirúrgica, que se ha mantenido —como en el conjunto del sistema sanitario público asturiano— estable, sigue manteniendo tasas muy bajas de “ambulatorización” (26% frente a un esperable 50%), si bien el índice de sustitución es de un 68% (dato de 2007) frente al 64% del Sistema Nacional de Salud en 2005.
- Aunque se ha reducido la relación de consultas sucesivas sobre primeras, el número de consultas totales ha aumentado un 9,4%, lo que probablemente refleja dos aspectos: 1. que consultas que antes eran contabilizadas como “sucesivas” ahora lo son como “primeras”; y 2. que se produce un fenómeno de acaparamiento de pacientes que podían ser seguidos en el ámbito de la atención primaria de salud.
- En el mismo sentido, ya señalado, de falta de eficacia del nivel de atención primaria como puerta de entrada del sistema, se ha producido un notable crecimiento de las urgencias, con un aumento del porcentaje de urgencias no ingresadas, reflejando que el aumento se hace a expensas de casos menos graves o banales.
- El número de transplantes permanece estable, no indicando un posible incremento de la complejidad del hospital.
- Probablemente el indicador más positivo sea el incremento de la actividad de hospital de día con un aumento de la relación entre sesiones de hospital de día y estancias de hospitalización convencional que ha crecido desde el 4% en 2000 a un 12% en 2008.

Los datos, compartidos con los globales de los hospitales del sistema sanitario público asturiano (apartado 2.2.5), señalan una mejora lenta de la eficiencia, insuficiente para alcanzar las previsiones sobre las que se sustentaba el programa funcional del HUCA, manteniéndose alejada de los parámetros de eficiencia (especialmente la estancia media) de hospitales de su mismo grupo en el Sistema Nacional de Salud y muy alejada de centros de referencia internacionales.

La evolución de los indicadores agregados del HUCA probablemente señalan el hecho de que hasta recientemente no se ha iniciado una “gestión del cambio” a nivel de los servicios clínicos. Los logros alcanzados en el transcurso de la última legislatura, en relación con la eliminación de servicios duplicados, son muy importantes en el camino correcto. La integración de los más de 50 servicios clíni-

cos que, como consecuencia de la suma de los hospitales General, Nuestra Señora de Covadonga e Instituto Nacional de Silicosis, perviven en el HUCA, en alrededor de 20 áreas de gestión es un importante logro del equipo directivo, que posibilita racionalizar y mejorar la gestión clínica del hospital. Las iniciativas anunciadas por la Consejería, SESPA y equipo directivo del hospital, en el sentido de rediseñar procesos, agrupar servicios clínicos en áreas de conocimiento y desarrollar las unidades de gestión clínica, son precisas para impulsar el cambio necesario y su éxito dependerá de la capacidad para desarrollar equipos clínicos que lideren las áreas y unidades de gestión clínica, así como para superar las restricciones no justificadas que la gestión burocrático-administrativa establece para transferir responsabilidad y riesgo a estas unidades.

El desarrollo de las “áreas y unidades de gestión clínica”, aunque necesario, no es suficiente para impulsar el cambio preciso. Por una parte, es imperativo que en el conjunto del Sistema Nacional de Salud y, por supuesto, en el sistema sanitario asturiano se haga una reflexión sobre su configuración en relación con las necesidades y demandas de salud y asistencia sanitaria de la sociedad actual, pues se corre el riesgo de que las nuevas formas organizativas de gestión clínica hagan más (e incluso mejor) de lo mismo, cuando es posible que se precise hacer cosas diferentes. Por otra parte, y muy en relación con la problemática actual de la sanidad asturiana, la articulación de los servicios en torno a los procesos asistenciales lleva, como se comentará en el siguiente punto de este apartado, a la superación del concepto de hospital tal como está concebido en la actualidad, precisando extender la actuación de las áreas y unidades de gestión clínica más allá de los muros de un determinado hospital, y especialmente del HUCA. Por último, es difícil que se logren los objetivos perseguidos⁽⁹⁷⁾, si las administraciones de las que las nuevas formas de gestión clínica dependen: Consejería, SESPA y el propio hospital, carecen de las competencias para poderlas delegar; por ello, para alcanzar los objetivos perseguidos es necesario también reconfigurar las estructuras organizativas y de gestión de la administración sanitaria.

La organización de los servicios clínicos en torno a los procesos asistenciales e integración en una red de servicios

El concepto actual de hospital y, dentro de él, de los servicios clínicos, en el Sistema Nacional de Salud es en gran medida tributario del de los años 60 del siglo pasado, caracterizado por atender episodios, recortados en el tiempo, de aparición de un acontecimiento agudo que requería su atención en un centro donde se pudiera prestar vigilancia y cuidados durante las 24 horas del día. Progresivamente, en gran medida impulsado por la tecnología, los hospitales han ido desarrollando

(97) “La gestión clínica permite descentralizar progresivamente las decisiones sobre la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica y dotar a las unidades asistenciales de la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades en beneficio del paciente dentro de un marco de recursos limitado y por lo tanto promocionar su autonomía y responsabilidad”. Preámbulo del Decreto 66/2009, de 14 de julio, por el que se regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

modalidades de atención ambulatoria resolutive como, por ejemplo, la cirugía mayor ambulatoria o la hospitalización de día para tratamientos (sesiones de quimioterapia, radiología vascular intervencionista) o exploraciones (coronariografía, endoscopia)⁽⁹⁸⁾. No obstante, a pesar de la “ambulatorización” de los procedimientos, el hospital y sus servicios clínicos sigue viviendo, como en los 60, básicamente “intramuros”: el paciente se hace visible cuando aparece dentro de las múltiples puertas del hospital (consultas externas, urgencias, hospitalización convencional); en otras palabras, sigue funcionando en relación con episodios y no —como se preconiza— en torno a los procesos asistenciales. Por ejemplo, el sistema más extendido en el mundo, y el que utiliza el Sistema Nacional de salud, de medición de la actividad de los hospitales (los Grupos Relacionados por el Diagnóstico) responde al criterio de episodio.

El cambio de perfil epidemiológico que acompaña al envejecimiento de la población (comorbilidad, cronicidad, dependencia, fragilidad), así como el desarrollo en los Estados Unidos de sistemas integrales de asistencia sanitaria en un entorno de gestión empresarial (las *Health Maintenance Organization* —HMO—), están provocando una profunda revisión de la organización de la gestión sanitaria y clínica basada en la atención a episodios. La continuidad de la atención¹⁰⁴ y la provisión de cuidados son elementos centrales para una población con una alta proporción de personas mayores, que tienen una elevada prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, frecuentemente concurrentes, cuyas trayectorias hasta la muerte están marcadas por recaídas y mejorías, y por un progresivo deterioro de su autonomía (dependencia) y fragilidad^{105,106}. La atención sistemática a estos enfermos, que representan (incluyendo los pacientes con cáncer de órgano sólido) aproximadamente el 50% de la carga asistencial actual de los hospitales (medida en estancias hospitalarias y posiblemente más en costes), ha mostrado no sólo una disminución de los costes de atención (reducción de los ingresos y estancias hospitalarias y de la frecuentación en urgencias) sino también —lo que es más importante— una mejora en la calidad de vida y pronóstico de estos pacientes.

El cambio de “episodios” a “procesos” conlleva la revisión de aspectos relevantes de la organización y gestión de la asistencia sanitaria y de la forma en que se mide y evalúa su actividad. El *Institute of Medicine* de los Estados Unidos ha señalado las insuficiencias de los actuales sistemas de información para capturar la información relevante de la actividad asistencial, señalando entre estas carencias “que la mayoría de las medidas se centran en un determinado punto de tiempo”¹⁰⁷, y el National Quality Forum está desarrollando un sistema de medición que permita evaluar la eficiencia

(98) No se considera dentro esta tendencia el muy notable aumento de la actividad ambulatoria de consultas externas y de urgencias, pues éste puede responder más al posible fracaso de la atención primaria como puerta de entrada al sistema, fenómeno que probablemente está vinculado a su vez con la falta de integración de la atención primaria y especializada alrededor del proceso asistencial.

a través de los “episodios de la atención”, definidos como: “una serie de servicios sanitarios contiguos en el tiempo relacionados con el tratamiento de un determinado período de la enfermedad en respuesta a una específica solicitud del paciente o de otra entidad relevante^{108,(99)}.”

El cambio de una atención centrada en episodios a otra que garantice la continuidad asistencial implica la superación, por parte de los servicios clínicos, de los límites estrictos del hospital, para integrarse en una red articulada en torno a “procesos asistenciales”, que garantice un continuo asistencial que abarca el autocuidado, el domicilio del paciente, los recursos sociales y sociosanitarios, el ámbito de la atención primaria de salud y, también, otros hospitales y unidades (de agudos o de convalecencia) de menor complejidad. Sin embargo, la realidad dentro del Sistema Nacional de Salud es bien distinta. En un reciente trabajo realizado para la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, en el que se tuvo la oportunidad de entrevistar a la totalidad de los equipos directivos de los hospitales del SESPA, se pudo constatar que, salvo excepciones, no existe un funcionamiento coordinado entre los servicios clínicos de referencia, ubicados principalmente en el HUCA, y los servicios clínicos de los hospitales que remiten a los pacientes, ni tampoco entre los servicios clínicos de los hospitales y los equipos de atención primaria de salud de su área respectiva, no existiendo generalmente una actuación integrada sobre el proceso asistencial.

No se puede dejar de señalar en esta aproximación a la relación entre servicios asistenciales y procesos la relevancia de los aspectos relacionados con la organización y gestión de la sanidad. En un relativamente reciente artículo se señalaron las notables diferencias en la utilización de las estancias en hospitales de agudos entre la Kaiser Permanente (una HMO de los Estados Unidos) y el NHS inglés¹⁰⁹. Las diferencias se atribuían, en parte, a la gestión que esta HMO hace de la enfermedad crónica, facilitada por una mayor integración entre la asistencia primaria y especializada¹¹⁰. Algunos autores han señalado la relevancia de aspectos de *gobernanza* de las HMO (incluyendo la Kaiser Permanente) que favorecen la implementación y eficiencia de una gestión integrada del proceso asistencial, como son las presiones competitivas; el importante papel gestor de los médicos en ese tipo de organizaciones; la existencia de incentivos financieros para mejorar la asistencia sobre la base de objetivos acordados entre profesionales y gestores; la identificación de los pacientes de alto riesgo a los que se asigna un cuidado de enfermería intensivo para minimizar los ingresos hospitalarios; y el desarrollo de programas de gestión de la enfermedad, en los cuales el autocuidado y la educación del paciente son muy importantes¹¹¹.

Sería preciso una mayor profundización en el planteamiento que se ha pretendido desarrollar en los párrafos anteriores, pero escapa del límite aconsejable en este informe que tiene un carácter más general. Sin embargo, dada la relevancia que para la configuración del futuro HUCA y de las áreas/unidades de gestión clínica puede tener, parece conveniente extractar algunas de las implicaciones de la relación entre servicios asistenciales y procesos:

(99) La definición tiene relevancia para el sistema de reintegro por la actividad. La publicación del NQF, accesible en Internet, no permite su cita.

1. La unidad de gestión fundamental en la atención especializada es el servicio clínico, no el hospital.
2. No existen (la Ley General de Sanidad tampoco los preveía⁽¹⁰⁰⁾) “hospitales de referencia” sino “servicios de referencia”, si bien estos servicios tienden —por razones tecnológicas, de economías de escala y sinergias en compartir conocimientos, experiencias, dotaciones, etc.— a agruparse en determinados hospitales, que además tienen —como el HUCA— una mayor proyección investigadora y docente.
3. Los servicios clínicos (también los de referencia) deben desarrollar una gestión por procesos asistenciales, lo que implica:
 - a) reconfigurar su estructura organizativa y de gestión, lo que puede suponer integraciones de servicios (“áreas de gestión clínica”) y, necesariamente, reingeniería de sus procesos asistenciales.
 - b) integrarse en una red de servicios, lo que supone trascender de los límites físicos del hospital donde están ubicados.
4. Los servicios de referencia se definen por el ámbito poblacional al que atienden, requiriendo poblacionales superiores a los de un Área de Salud para garantizar una calidad y eficiencia adecuadas; su vinculación principal es con el ámbito geográfico y poblacional, no con el hospital donde tienen sus “servicios centrales”⁽¹⁰¹⁾.
5. En esta configuración, los hospitales no **contienen** a los servicios clínicos/idades (incluidos los de referencia) sino que **dan soporte** a lo que estos servicios deben desarrollar dentro del hospital, utilizando sus estructuras, dotaciones tecnológicas y de equipamiento, sus sistemas de soporte asistencial (hostelería y cuidados de enfermería) y el apoyo administrativo y de gestión. La actividad del servicio clínico (incluidos los de referencia) puede desarrollarse básicamente en un hospital (el HUCA, por ejemplo) pero no restringirse a él.

Por ello, siendo muy relevante la incidencia del HUCA en la asistencia sanitaria pública asturiana, el concepto de “hospital de referencia” está obsoleto, adquiriendo gran importancia las anunciadas iniciativas de desarrollo de nuevas formas organizativas y de gestión para los servicios clínicos.

El HUCA dentro del “cluster” de ciencias de la salud

El plan funcional del HUCA preveía la integración de este centro en un campus de ciencias de la salud, en donde el hospital debería ser “un centro de producción y de gestión del conocimiento, conectado con el resto de los recursos que integran el Campus de Ciencias de la Salud, especial-

⁽¹⁰⁰⁾ El artículo 15.2 de la Ley General de Sanidad señala que: “El Ministerio de Sanidad y Consumo acreditará **servicios de referencia** a los que podrán acceder todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de los servicios especializados de la Comunidad Autónoma donde residan”.

⁽¹⁰¹⁾ Por poner un ejemplo hipotético, el “área de gestión clínica de oncología” se configuraría, atendiendo a esta concepción, como una unidad del Principado de Asturias, que extendería sus servicios y desarrollaría sus procesos al conjunto de la comunidad autónoma, y no como una unidad “del” HUCA.

mente con el área de Investigación, Biblioteca y las Facultades y Escuelas”. En este contexto adquiriría “singular relevancia la relación del HUCA con el conjunto del Campus de Ciencias de la Salud, especialmente con los Departamentos Universitario, la Facultad de Medicina, Clínica de Odontología y Escuelas Universitarias. En este sentido el programa funcional y el diseño del nuevo Hospital consideran sustantivo el modelo docente”.

La creación del Campus de las Ciencias de la Salud debería ser un elemento integrador y dinamizador de la investigación en salud desde el punto de vista de la investigación básica y clínica. El Campus de Ciencias de la Salud sería la oportunidad para:

1. La integración de ambos tipos de investigación, y la orientación de la misma a las prioridades marcadas en salud para la población asturiana.
2. La introducción de cambios profundos en la docencia de las ciencias de la salud, al integrarse la misma junto con la asistencia y la investigación.
3. Una asistencia de gran calidad como dinamizadora de lo anterior y a la vez como beneficiaria de las mismas.

El nuevo HUCA, insertado en el Campus de Ciencias de la Salud, debería servir de catalizador para, en el entorno de La Cadellada, desarrollar un cluster de ciencias de la salud, en el que además de la asociación entre asistencia, docencia e investigación emanada de la colaboración entre el hospital y la universidad, se desarrollara “una activa relación con la industria, que favorezca la transferencia tecnológica y basada en las nuevas tecnologías”.

El plan funcional señalaba acertadamente al “entorno sanitario” como un sector de actividad económica dinamizador, por lo que el HUCA debería de “actuar como polo de atracción de otras iniciativas o como potencial factoría en el campo de la I+D+I de productos, técnicas y tecnologías, y con capacidad para generar capital productivo y valor añadido, en cuanto al desarrollo económico regional. En esta línea cabe posicionarse en campos afines, tales como: industria farmacéutica, electro-medicina, óptica, biotecnología, material sanitario, electrónica en general, sistemas inteligentes, instrumentación, componentes, textil, limpieza, catering, seguros, seguridad, urbanismo, construcción, energía, medio ambiente y otros, no menos importantes, como consultoría de ordenación de sistemas de salud y sociales; de gestión, económica, financiera, de ingeniería; etc.”.

En el desarrollo de la visión contenida en el plan funcional del HUCA, de crear un “cluster” de ciencias de la salud, que integre actividad asistencial, docencia e investigación e innovación y desarrollo (hospital, universidad, empresa), han existido también avances muy recientes, como la creación del HUCASENS⁽¹⁰²⁾, una spin-off participada por el hospital, la universidad de Oviedo y empresas

(102) Una empresa de reciente creación que se dedica a la creación de detectores diagnósticos de determinadas enfermedades usando nanotecnología.

privadas. La posibilidad de que el nuevo HUCA y los servicios y unidades clínicos se anclen de una forma más decidida en un entorno de innovación y desarrollo depende de muchos factores, cuyo análisis, elaboración de alternativas, etc. será preciso para desarrollar el plan que permitiera llevarlo a la práctica, pero además de esto sería preciso que se cumplieran al menos los siguientes requisitos: 1. que existiera la convicción en la sociedad asturiana, y en sus dirigentes políticos, empresariales, sociales y universitarios, de que la creación del cluster de ciencias de la salud es un objetivo estratégico de futuro para el Principado de Asturias; y 2. que, existiendo esta convicción, se produjera un acuerdo entre los responsables de los mencionados agentes para hacer posible; a) crear una estructura de gestión del proyecto que facilitara la implicación de todos los agentes relevantes; y b) la remoción de los posibles obstáculos (la gestión burocrático-administrativa de la sanidad pública no es el menor de ellos, pero no es el único) que un proyecto de esta envergadura debería tener.

3.2.4 La introducción de las TIC sin acompañarse de una reingeniería de procesos de gestión clínica

El SESPA, como el resto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, ha realizado importantes inversiones en las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC). La Unión Europea prevé que la “E-Health” (las TIC vinculadas con la salud) se conviertan en la tercera industria en el sector sanitario, llegando al 5% del gasto sanitario⁽¹⁰³⁾.

La estimación de Red.es para el conjunto del SNS para el período 2004-2007 dista mucho de la estimación de la Unión Europea, alcanzando la inversión y gasto en TIC solamente al 0,9% del gasto¹¹². Para el Principado de Asturias la estimación de Red.es era de 1,31% de inversión más gasto en TIC, lo que supuso en 2007 21,7 € por habitante, también superior a la media de 14 € por habitante para el conjunto del SNS. Por el contrario, la asistencia sanitaria pública del Principado se situaba entre aquellas Comunidades Autónomas con menor grado de implantación de las TIC en los distintos sistemas de gestión sanitaria que impulsa el programa “Sanidad en Línea” de Red.es: cita por Internet en centros de salud; hospitales con historia clínica electrónica; implantación de la historia clínica electrónica de primaria integrada en centros de salud; y receta electrónica en centros de salud.

La Fundación Observatorio de Prospectiva Industrial (OPTI) y la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN) han publicado recientemente un informe de prospectiva sobre las TIC aplicadas a la salud¹¹³, en el que se “prevé que se produzca **una transformación progresiva del modelo sanitario** hasta evolucionar en un sistema completamente integrado, en cuyo centro esté situado el paciente. La integración se llevará a cabo a todos los niveles y entre todos los agentes

(103) Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. E-Health - making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area. Brussels, 30.4.2004.

implicados en la cadena sanitaria: paciente, personal sanitario, administración, industria de tecnología sanitaria, etc.” (el subrayado es propio). OPTI y FENIN incluyen los siguientes aspectos relativos a situar al “paciente en el centro del sistema”:

- El sistema de gestión de los servicios sanitarios estará organizado de forma que el paciente sea el centro de un sistema en el que será atendido de forma integral y coordinada.
- La e-Salud permitirá una mayor integración entre todos los niveles de la cadena sanitaria, lo cual redundará especialmente en una mejora de la calidad del servicio y de las actividades dirigidas a la prevención, tanto primaria como secundaria, disminuyendo los costes sanitarios globales.
- Se resolverán los problemas éticos derivados de la provisión de servicios de e-Salud y del uso de dispositivos, especialmente para el tratamiento y seguimiento de pacientes.
- La disponibilidad de servicios online convertirá al usuario en el motor del cambio de la atención sanitaria.

Con independencia de otras consideraciones relativas a la visión de futuro del sistema sanitario público, que se realizarán en el capítulo cuarto de este informe, se ha subrayado la vinculación progresiva entre penetración de las TIC y cambio de “modelo” sanitario. Los efectos sobre los centros sanitarios de este nuevo modelo, serían, entre otros:

- La disponibilidad de información y de resultados de actividad incrementará las demandas de los usuarios y la competencia entre centros.
- El modelo asistencial tradicional será sustituido por una concepción global de centros en red, en los que se compartirá el conocimiento.
- El modelo de sanidad pública evolucionará hacia una mayor externalización de servicios.

El sistema sanitario público asturiano, probablemente como la mayor parte del Sistema Nacional de Salud, poco ha avanzado (como se ha señalado en el apartado 3.2.1) en la creación de una red integrada de servicios, factor clave del cambio del modelo sanitario visualizado en el citado informe de prospectiva. Tampoco ha habido avances significativos en la disponibilidad de información por parte del ciudadano, aumento de su capacidad de elección o de competencia entre servicios.

Es probable que la penetración de las TIC en la sociedad española provoque un cambio del sistema sanitario impulsado por las demandas de sus usuarios. De hecho, este cambio se está produciendo en la vertiente “consumerista”: mayores exigencias de los ciudadanos para que se les provea de un servicio o producto sanitario determinado, guiados por fuentes diversas con grados variables de fiabilidad, seguridad e independencia, entre las que raramente se encuentra información relevante sobre la calidad de su propio servicio de salud. Este cambio tendría un carácter “reactivo” y podría tener consecuencias no deseadas para aspectos nucleares del sistema sanitario público como su equidad, calidad y eficiencia. Por el contrario, se podría vislumbrar un cambio de modelo sanitario vinculado a la introducción de las TIC impulsado desde el acuerdo entre los agentes relevantes (ciudadanos, profesionales sanitarios, administración) para mejorar los rendimientos en el

logro de sus objetivos principales. En este sentido resulta llamativo el hecho de que, con excepciones, la introducción de las TIC en el sistema no se ha acompañado de una reingeniería de los procesos de gestión clínica (se contrata el sistema de información como cualquier obra o equipamiento), ni se han fijado previamente a su implantación los objetivos a alcanzar, no existiendo datos sobre los resultados que, en términos de mejora de la equidad, calidad o eficiencia asistencial se hayan podido obtener por la introducción de las TIC.

Se puede señalar legítimamente que la introducción de las TIC en el sistema sanitario público asturiano se ha acompañado de un rediseño de procesos, que ha mejorado la calidad de la atención al usuario, como, por ejemplo, en el área de la documentación clínica (implantación de la historia clínica electrónica), gestión de pacientes (citaciones) y soporte clínico (disponibilidad “on-line” de pruebas de laboratorio). Siendo estos avances indudables mejoras, es en el núcleo de la actividad (la gestión clínica) donde, tanto en Asturias como en el resto del Sistema Nacional de Salud, la introducción de las TIC no se ha acompañado, en la medida que la potencialidad de estas tecnologías lo posibilita, de una reingeniería de procesos.

3.2.5 El Mapa Sanitario del Principado de Asturias

El mapa sanitario de Asturias, publicado en 1984, y su división en ocho áreas sanitarias ha permanecido prácticamente invariable hasta la actualidad. El mapa sanitario del 84 respondía a la lógica de la reforma de la atención primaria de salud y se adaptaba a la red de comunicaciones existentes para garantizar un acceso en tiempo adecuado tanto a la atención primaria como a la especializada. A esta lógica se sobrepuso el criterio, establecido por la Ley General de Sanidad, de los hospitales de área de salud. La mimética reproducción de la estructura organizativa y cartera de servicios de los hospitales de área de salud de 250.000 o más habitantes a los hospitales de Área “locales” (de menos de 100.000 habitantes) ha generado los problemas analizados en el apartado 3.2.1.2. La ineficiencia de este modelo y otros costes en términos de calidad, dificultad para encontrar profesionales y que éstos actualicen adecuadamente sus conocimientos, etc. han motivado, en el seno de la sanidad asturiana, un debate sobre la conveniencia de modificar el mapa sanitario⁽¹⁰⁴⁾.

Conviene, brevemente, retornar a las normas estatales que sirvieron de marco al mapa sanitario asturiano: el Real Decreto 2221/1978, por el que se establece la confección del mapa sanitario nacional, y el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. El Real Decreto 2221/1978 nació en un contexto de multiplicidad de sistemas públicos de cobertura, lo que

(104) Véase, por ejemplo, la serie de artículos de Juan Luis Rodríguez-Vigil “Apuntes para un debate sobre la sanidad pública en Asturias”, “Problemas falsos y problemas reales de la sanidad asturiana”, “¿Qué se puede hacer para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario asturiano?” y “Y 4. Claves para la sostenibilidad de la sanidad pública asturiana” aparecidos en agosto de 2009 en la Nueva España, y las respuestas y comentarios a los mismos.

producía solapamientos e ineficiencia en la utilización de recursos. Evitar, en la medida de lo posible, la duplicación de recursos era el principal objetivo declarado de esta norma. En la elaboración del mapa participaban representantes de las autoridades sanitarias del estado (Seguridad Social, Ministerio de Sanidad y Seguridad Social), representantes de las administraciones locales (municipios, diputaciones provinciales y órgano pre-autonómico) y representantes de las “corporaciones profesionales sanitarias”. Los elementos a tomar en consideración para la confección del mapa eran “las características geográficas, medios de comunicación, circunstancias socioeconómicas y laborales, incidencias turísticas o de otro tipo”, las bases eran geográficas (respetando los límites de los grandes municipios y provincias) y poblacionales, desde los 5.000 habitantes de las “unidades sanitarias locales” a las “regiones sanitarias”. Las regiones sanitarias se delimitarían “agrupando conjuntos de población precisos para que, respetando la individualidad geográfica, demográfica, económico-social y sanitaria, pueda darse acogida a un sistema completo de servicios sanitario-asistenciales orientados a la autosuficiencia regional”. Por último, el citado Real Decreto señalaba que, una vez establecidas las demarcaciones territoriales sanitarias previstas, se “especificarán los medios con que deben contar para el cumplimiento de las funciones sanitarias”. El primer mapa sanitario de Asturias, aprobado por Orden Ministerial de 15 de diciembre de 1980, ya configuraba las ocho “comarcas sanitarias” con las que básicamente coincidían las ocho áreas de salud del Decreto 112/1984, por el que se aprobó el mapa sanitario de Asturias.

El Real Decreto 137/1984 no hizo mención al mapa sanitario del 78 ni a las “unidades sanitarias locales”, definiendo la zona de salud como “la demarcación poblacional y geográfica fundamental... capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente”. Los criterios de delimitación de las zonas de salud eran similares a los del mapa sanitario de 1978: demográficos, geográficos y sociales.

La ordenación territorial establece, por tanto, la directriz para el mapa sanitario, pues éste se debe acomodar a los criterios demográficos, geográficos, históricos, culturales, socioeconómicos y de desarrollo que informan el desarrollo territorial. Un aspecto distinto es que se establezca —como ha sucedido en Asturias— un mimetismo entre comarca y área de salud y entre esta demarcación sanitaria y la necesidad de contar necesariamente con un hospital con una cartera de servicios similar a la cartera básica de servicios de los hospitales de las áreas de salud previstas en la Ley General de Sanidad. En el apartado 3.2.1.2 se analizaron las negativas consecuencias que este mimetismo tenía para los hospitales locales y el desarrollo de criterios de regionalización de los servicios. Si bien en 1984 la ordenación además de responder a criterios físicos, históricos y culturales, tenía una lógica funcional para facilitar la accesibilidad a la atención sanitaria, 25 años después el cambio conceptual producido en ésta y el que se propone en este informe, la revolución en las TIC, y la profunda transformación de la red vial en el Principado, aconsejan una revisión en profundidad de la lógica de funcionamiento que sustenta el mapa sanitario.

Un aspecto fundamental para que la regionalización mejore la seguridad y equidad en la provisión de ciertos servicios especializados y, simultáneamente, se fortalezca la provisión local de servicios,

es la integración de hospitales de Área y de apoyo en redes de servicios con los servicios regionalizados¹¹⁴. Ésta es una de las razones que han impulsado la creación de redes de complejos multihospitalarios¹¹⁵.

La relación entre regionalización de la asistencia especializada y el desarrollo de recursos hospitalarios a nivel local no es una opción entre alternativas contradictorias. La concentración de tecnología y experiencia es precisa para lograr la máxima calidad, seguridad y eficiencia en el uso de los recursos, pero también para garantizar la equidad (acceso a la misma calidad de las prestaciones para la misma necesidad). De forma complementaria, mientras algunos servicios necesitan ser centralizados, otros deben continuar siendo provistos en los hospitales locales, e incluso en ámbitos más próximos al entorno del paciente.

Un ejemplo, relacionado con la organización de las urgencias hospitalarias, es ofrecido por el Informe del National Leadership Network for Health and Social Care sobre el Proyecto de Hospitales Locales¹¹⁴. La propuesta de este grupo es la siguiente:

Conjunto mínimo de Servicios Agudos requeridos para mantener un Servicio de Urgencias Hospitalarias en un Hospital Local
En el Hospital Local (365 días*24 horas)
Medicina aguda (equivalente a Medicina Interna/Urgencias Médicas)
Nivel II de Cuidados Críticos ^{(105),116}
Unidad Coronaria no invasiva
Laboratorio básico de Análisis Clínicos
Diagnóstico por Imagen ⁽¹⁰⁶⁾
Apoyado en una red multi-hospitalaria (no necesariamente en el Hospital Local)
Cirugía Urgente
Traumatología
Pediatría
Obstetricia y Ginecología
Salud Mental
Cirugía Especializada
Radiología Intervencionista

Si, en relación con la asistencia sanitaria urgente (aguda), puede existir una complementariedad entre los hospitales de Área y la regionalización de los servicios de asistencia especializada, esta vinculación dentro de la red es aún más relevante para los procesos no urgentes y especialmente en la atención a los pacientes crónicos con pluripatología. No existe contradicción en que el paciente sea tratado por un “servicio regional del cáncer” y que mientras la cirugía especializada se prac-

(105) Fuente: Comprehensive Critical Care. DH (2000). Esta clasificación, utilizada por el Department of Health del Reino Unido, atiende a las necesidades asistenciales de los pacientes en lugar de a los recursos físicos donde están ingresados. El nivel 2 de cuidados críticos puede atender a pacientes que requieren observación más frecuente o intervención, incluido el soporte a un sistema orgánico, o cuidados postoperatorios o aquéllos que provienen de niveles más altos de cuidados.

(106) Radiología, Ecografía y TAC.

tica en un hospital que alberga el servicio quirúrgico de referencia, la quimioterapia la reciba en el hospital de Área, siempre que este servicio se garantice con los estándares adecuados. El mismo razonamiento se puede aplicar al paciente con fractura de cuello de fémur o con ictus, atendido en el servicio de referencia, que retorna a la unidad de recuperación/media estancia en el hospital local, el cual además garantiza la continuidad de los cuidados (relación con el ámbito de atención primaria; rehabilitación ambulatoria; etc.).

Sin que necesariamente se deba modificar el mapa sanitario⁽¹⁰⁷⁾, se podría resolver el dilema hospital local/regionalización de servicios mediante la creación de redes subregionales⁽¹⁰⁸⁾, con el fin de aunar descentralización (acercamiento de servicios al ciudadano) con garantía de la calidad, de forma que los hospitales generales de las Áreas I, II, VI, VII y VIII tengan como hospitales de referencia a los hospitales generales de agudos de las Áreas III, IV y V, con los que funcionarían de una forma integrada para:

- complementar la cartera de servicios,
- desarrollar instrumentos conjuntos de calidad y de gestión clínica,
- lograr una utilización más eficiente de los recursos humanos y del equipamiento, y
- favorecer la formación continuada y la promoción de los profesionales que actualmente prestan servicio en los hospitales locales.

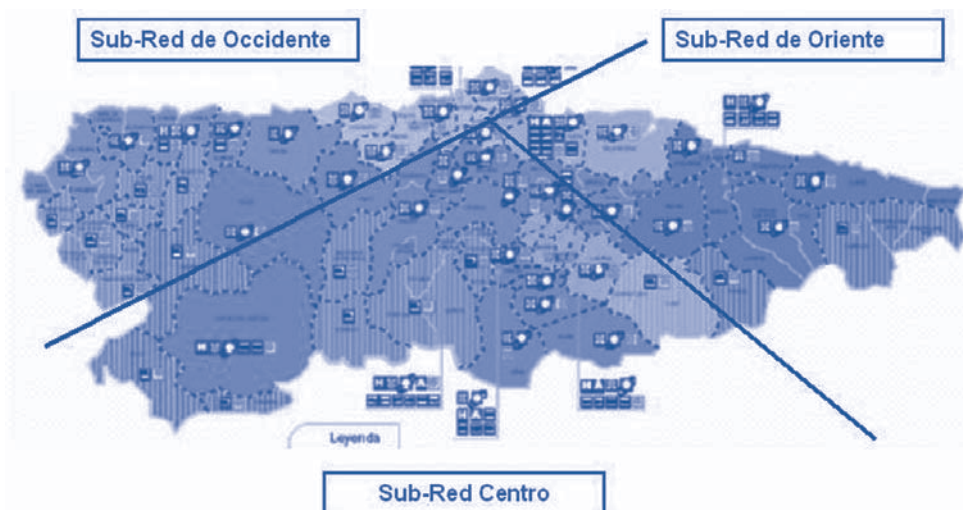
Un elemento relevante para el desarrollo de las redes sub-regionales sería la comunicación entre los diferentes nodos que configura la red del complejo. El desarrollo e implantación de las TIC en el SESPA puede contribuir de forma notable a la creación de estas redes.

Para la definición de las redes sub-regionales se deberán tomar en consideración otros criterios, además de los relativos a las comunicaciones (incluidas las viarias), como son, entre otros, los usos y costumbres de la población de las áreas rurales (por ejemplo, sus patrones de desplazamiento a las localidades del Área Metropolitana Central de Asturias —Avilés, Gijón y Oviedo—), o los patrones culturales profesionales (vinculación entre profesionales de distintos servicios, etc.). Una primera aproximación a la definición de las redes sub-regionales puede estar guiada por el análisis de las distancias por carretera (figura):

- Hospital de Jarrio - Hospital de Avilés (Áreas I y III).
- Hospital de Cangas – Hospital de Langreo – Hospital de Mieres – HUCA (Áreas II, VII, VIII y IV).
- Hospital de Arriendas – Hospital de Jove - Hospital de Cabueñes (Áreas VI y V).

(107) En este sentido se coincide básicamente con las conclusiones del trabajo de Fernández A, Ortega M, Sevilla J. Población, Administración y Territorio en Asturias. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. Colección de estudios. Número 6, Oviedo. 2007, en el sentido de que sería deseable la continuidad de la división vigente por su coherencia física, histórica y funcional.

(108) Esta propuesta está basada en un trabajo de consultoría sobre ordenación de servicios sanitarios realizado para la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.



La ordenación propuesta, que sería respetuosa con el mapa sanitario actual, establecería tres niveles para la cartera de servicios de la atención especializada:

- Servicios de Referencia del Principado de Asturias.
- Servicios de Complejo Multihospitalario/Red sub-regional.
- Servicios de Área de Salud (hospitales locales).

Los servicios de soporte tanto clínicos (laboratorio, diagnóstico por la imagen) como no clínicos pueden ser objeto de ganancias importantes en calidad y eficiencia por economías de escala, dependiendo del desarrollo e implantación de las TIC (diagnóstico centralizado de la imagen; laboratorio de referencia para el Principado de Asturias) o mancomunando servicios (esterilización, lavandería, mantenimiento).

3.2.6 Diferenciación de funciones dentro de la organización del sistema sanitario asturiano (el SESPA como “ente de derecho público”)

El Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) se creó en la Ley 1/1992, configurándose como un ente de derecho público adscrito a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, asumiendo el esquema de separación de las funciones de autoridad sanitaria (Consejería) de aquéllas de provisión de servicios (SESPA). Este esquema fue, asimismo, avalado por el Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos. Aunque la separación de las funciones de autoridad/aseguramiento de las de provisión de servicios estaban en la línea de las ideas que alimentaron el “Informe Abri” y que impulsó el equipo de García Valverde (apartado 1.3.1), en el preámbulo de la Ley 1/1992 no se hace referencia alguna a este objetivo, obedeciendo más a cumplir con la previsión de la Ley General de Sanidad y prepararse para la asunción futura de las transferencias del INSALUD.

El mantenimiento de una doble estructura administrativa (Consejería y SESPA) para una Comunidad Autónoma de relativamente pequeño tamaño es probable que incremente los costes de administración y gestión del sistema. Este hecho, más el sometimiento de la gestión de los servicios sanitarios a un funcionamiento burocrático-administrativo, ha provocado que por algunos se propugne una revisión del esquema organizativo de separación de funciones establecido desde 1992. El sentido que puede adoptar el cambio de este esquema debería depender de los objetivos que se marquen para el modelo sanitario asturiano, pues la separación de funciones tenía, en los intentos de reforma del INSALUD, un carácter instrumental, pues se pretendía alejar la gestión de los centros sanitarios de un funcionamiento burocrático-administrativo, otorgándoles personalidad jurídica y autonomía de gestión.

3.2.7 Otros aspectos relevantes sobre la organización y gestión de la sanidad pública asturiana. Resumen

Al análisis cuantitativo realizado en los apartados 2.1 y 2.2, cuyo resumen se recoge en el apartado 3.1, se ha sumado en este apartado un análisis más cualitativo de algunos aspectos —la mayoría de ellos compartidos con el resto del Sistema Nacional de Salud— que influyen sobre la calidad y eficiencia del sistema sanitario público asturiano. Los aspectos más relevantes de este análisis son:

1. No existe una red integrada de servicios en el sentido de que se hayan desarrollado instrumentos que garanticen la continuidad de los cuidados y la integración de los equipos asistenciales, como pueden ser la integración funcional (especialmente de sistemas de información), la integración clínica (gestión por procesos, gestión de enfermedades crónicas) y la vinculación de los profesionales a redes asistenciales.
2. Falta de eficacia de la atención primaria como puerta de entrada al sistema.
3. Problemas de eficiencia en los “hospitales locales”:
 - a) Duplicación e ineficiencia en la utilización de recursos para la atención a la guardia y en la asistencia de urgencias.
 - b) Índices de producción asistencial que tienden a ser menos adecuados que los del Sistema Nacional de Salud.
 - c) Elevada rotación de los profesionales.
 - d) Costes elevados por unidad de producción.
4. Escaso desarrollo de sistemas regionales, tanto para las urgencias como en relación con los servicios de referencia.
5. Profundización de la administración burocrática en la gestión del sistema sanitario. Las recientes y necesarias iniciativas de la Consejería y el SESPA, de crear “áreas” y “unidades” de gestión clínica, pueden no alcanzar sus objetivos si no se remueven las restricciones burocrático-administrativas para trasladar a estas formas de gestión clínica responsabilidad y “riesgo”.

6. En la misma línea que las “áreas y unidades de gestión clínica”, la capacidad de implantar las necesarias políticas de ordenación de los recursos humanos, propuestas por la Consejería de Salud y el SESPA, dependerá de la remoción de las trabas burocrático-administrativas, así como de la existencia de un acuerdo suficiente en el conjunto del Sistema Nacional de Salud sobre las mismas.

7. El proyecto del Nuevo HUCA, crucial para el futuro de la asistencia sanitaria pública asturiana, ha iniciado la gestión del cambio para alcanzar los objetivos que sirvieron de premisas para elaborar su plan funcional:

- a) Mejora de la eficiencia, aunque todavía con indicadores de gestión alejados de las previsiones sobre las que se sustentaba el programa funcional del HUCA.
- b) Escasa integración de los servicios clínicos en redes de servicios.
- c) Persistencia del concepto, obsoleto, de “hospital de referencia”.
- d) Desarrollo inicial del “cluster” de ciencias de la salud, implicando a la universidad y a la industria en una estrategia de I+D+i (HUCASESNS).

8. Introducción de las TIC sin acompañarse de una reingeniería de procesos de gestión clínica.

9. El desarrollo del “mapa sanitario”, con la mimética traslación de la cartera de servicios de los “hospitales de área” a los hospitales locales (que sirven a poblaciones inferiores a 100.000 habitantes) genera problemas de equidad, calidad y eficiencia, que podrían ser resueltos mediante la creación de redes sub-regionales.

10. Esquema organizativo de “separación de funciones” (Consejería/SESPA), que probablemente produce los costes administrativos y que debería ser revisado en función de la estrategia de modelo sanitario que se pretenda desarrollar.

3.3 El sistema sanitario público asturiano en la economía regional

El impacto de la asistencia sanitaria pública asturiana sobre la economía regional es muy relevante. Desde la perspectiva del gasto, algo más de un 38% del gasto liquidado del Principado se deriva a esta función y la tendencia probablemente será creciente, lo que supondrá mayor endeudamiento, o detraer los recursos de otras funciones de gasto público, u obtener ingresos de los recursos privados (impuestos o tasas, incluyendo los copagos), o una mezcla de estas tres alternativas que, en todo caso, tienen un coste/oportunidad, pues la asistencia sanitaria compite con otras funciones del gasto público (por ejemplo: dependencia, educación o desarrollo regional) y privado.

Desde el análisis de la asistencia sanitaria pública como sector productivo, existe una abundante literatura que demuestra que el sistema sanitario público debe, también, considerarse una inversión, que tiene desde esta perspectiva al menos tres dimensiones económicas:

- Inversión en capital humano.
- Sistema productivo.
- Generadora de investigación y desarrollo.

La sanidad como inversión en capital humano

Es ésta una de las primeras y más clásicas de las teorías de la sanidad como inversión¹¹⁷ (Mushkin, 1962). Los organismos internacionales han hecho énfasis sobre este aspecto; entre ellos, el Banco Mundial, cuyo informe de 1993 sobre el desarrollo mundial, llevaba el significativo título “Invertir en Salud”, e implicó un notable cambio en las orientaciones de las políticas de las agencias financieras internacionales en los países en desarrollo, que unieron la potenciación de sistemas de protección social (fundamentalmente sanidad y educación) a lo que habían sido antes políticas más enfocadas a los ajustes macroeconómicos¹¹⁸. Parece existir, asimismo, una asociación positiva, en países de la OCDE, entre gasto sanitario total y crecimiento de la productividad¹¹⁹.

Una vez establecida la relación, que probablemente nadie discute, entre salud y productividad, cabe demostrar en qué medida contribuye la inversión en sanidad en el aumento de salud, y este terreno es complejo. Como escribían unos autores sobre este tema: “Una vez que se abandona la tierra firme del capital material y se navega por el éter superior del capital humano existe una dificultad sin límite para encontrar un lugar de descanso”¹²⁰.

La dificultad de la tarea de relacionar inversión en sanidad con el aumento del capital en salud viene determinada por distintas razones. Entre éstas se pueden citar tres: 1. La salud está determinada por numerosos factores, además de los propios servicios sanitarios: la biología, los estilos de vida y el entorno tienen una influencia determinante sobre la salud¹²¹; 2. La inversión en sanidad tiene unos rendimientos decrecientes en salud; 3. La estructura y organización de los sistemas sanitarios pueden tener mayor influencia sobre la producción en salud que el gasto en sanidad.

Los servicios sanitarios tienen menor importancia relativa que la biología, los factores de entorno y los estilos de vida en la producción de salud. Sin embargo la inversión en servicios sanitarios es muy superior (del orden de 50 a 1) a la dedicada a la promoción de estilos de vida saludables. Bunker y otros estimaron para los Estados Unidos que de los 30 años de esperanza de vida (de 45 a 75 años) ganados por los ciudadanos norteamericanos durante el siglo XX, un año y medio fueron atribuidos a los servicios sanitarios preventivos (vacunas y detección precoz de la hipertensión y cáncer, principalmente) y otros tres y medio o cuatro años adicionales a los servicios médicos curativos¹²². En otras palabras: la medicina habría contribuido en algo menos de un veinte por ciento al aumento de la esperanza de vida, debiéndose atribuir el ochenta por ciento restante a la mejora de las condiciones del entorno (nutrición, vivienda, saneamiento y salubridad, estilos de vida, etc.).

No debe, sin embargo, subestimarse la importancia de las ciencias de la salud y el conocimiento, especialmente en los últimos 100 años, en relación con dos aspectos: 1. la mejora de la calidad de

vida, desde el control del dolor o del propio destino personal, hasta la intervención de cataratas o las prótesis de cadera... intervenciones que tienen una escasa o nula incidencia en el incrementado la esperanza de vida pero una gran relevancia en la calidad de vida; y 2. en los incrementos marginales de cantidad (y calidad) de vida que tienen las intervenciones médicas en sociedades avanzadas en las que existe un notable control de los factores medioambientales y conocimiento sobre los relacionados con los estilos de vida.

Un reciente análisis publicado por la OCDE (Joumard, 2008) señala que el notable crecimiento del gasto sanitario durante el período 1991-2003 en los países de esta organización podría haber contribuido a un aumento de un año y cuarto (15 meses) en la esperanza de vida al nacer. Este mismo documento señalaba que, para estos países, el aumento de la eficiencia puede tener un mayor retorno en ganancias en salud que el incremento del gasto.

Hasta donde se ha podido explorar en fuentes de referencia, no existen estimaciones del posible retorno como inversión en salud del gasto sanitario público en España y está fuera del objeto y alcance de este informe acercarse a una estimación para el Principado de Asturias.

La sanidad como sistema productivo

Los datos disponibles de los primeros estudios de los años 90 utilizando los modelos input-otuput del gasto sanitario en España mostraban que la sanidad era la undécima, entre cincuenta y seis, rama de actividad económica¹²³.

El estudio del Instituto Lawrence Klein, con datos de la Contabilidad Nacional de 1988, mostraba que la sanidad pública española tenía un efecto de arrastre hacia atrás del 27%, inferior al 46% medio de las restantes ramas económicas, por la relativamente escasa importancia de los inputs intermedios. Los salarios suponían el 68% del valor de la producción; y el coste por puesto (directo e indirecto) de trabajo creado era relativamente bajo: 4 millones de pesetas. Del estudio del mencionado Instituto, se deducía que la sanidad pública tiene pocos encadenamientos, con un poder de dispersión menor de 1. El mencionado trabajo del Instituto Lawrence Klein y otros muestran que el sector sanitario produce servicios que estimulan débilmente a la economía^{124,125}. En un trabajo realizado por este Instituto para la Comunidad Autónoma de Castilla y León, mostraba que el sector “resto de servicios”, en donde encuadraban la actividad de las administraciones públicas muestra una evolución descendente de la productividad total de los factores durante el periodo analizado (1985-1995)¹²⁶. Un trabajo realizado para el Consejo Económico y Social de Castilla-La Mancha en 2007 demostró asimismo el efecto dinamizador del gasto sanitario sobre la economía regional¹²⁷, también señalado para el Servicio Galego de Salud¹²⁸. Las tablas input-output publicadas por SADEL y referidas al año 2005 muestran los datos que se recogen en la tabla siguiente, y que señalan la relevancia de la sanidad pública (de “no mercado”, junto con los servicios sociales) dentro de la economía asturiana (es el 13º sector de actividad en volumen de producción), siendo el 43º por coeficiente técnico —0,359 frente a 0,459 ó 0,505 como media aritmética o ponderada del conjunto de sectores de actividad—¹²⁹:

SECTOR	PRODUCCIÓN (PRECIOS BÁSICOS -miles de €-)	COEFICIENTE TÉCNICO
Construcción	4.580.907	0,634
Metalurgia	3.611.678	0,728
Actividades inmobiliarias	2.060.698	0,277
Hostelería	1.779.887	0,434
Comercio minorista; reparación de efectos personales	1.605.945	0,327
Energía eléctrica, gas, vapor y agua caliente	1.390.596	0,553
Otras actividades empresariales	1.301.155	0,325
Transporte terrestre y por tubería	1.251.779	0,402
Fabricación de productos metálicos	1.241.097	0,651
Administración pública	1.147.786	0,329
Comercio mayorista e intermediarios de comercio	1.100.922	0,439
Industrias lácteas	1.082.737	0,743
Actividades sanitarias; servicios sociales de no mercado	1.051.871	0,359
Intermediación financiera	900.564	0,233
Otros productos minerales no metálicos	900.344	0,612
Correos y telecomunicaciones	819.354	0,447
Educación de no mercado	802.507	0,113
Venta y reparación de vehículos; gasolineras	603.869	0,446
Actividades anexas a los transportes	581.003	0,472
Construcción de maquinaria y equipo mecánico	569.580	0,660
Industria química	495.990	0,634
Actividades recreativas, culturales y deportivas	480.606	0,236
Industrias de otros productos alimenticios	470.083	0,690
Agricultura, ganadería y caza	460.506	0,403
Actividades sanitarias; servicios sociales de mercado	450.061	0,277
Coquerías y refino del petróleo	414.588	0,913
Fabricación de otro material de transporte	365.055	0,777
Seguros y planes de pensiones	341.726	0,758
Fabricación de maquinaria y material eléctrico	301.004	0,639
Extracción de minerales carbones	289.026	0,459
Alquiler de maquinaria y equipo	261.764	0,433
Actividades diversas de servicios personales	251.120	0,298
Industrias cárnicas	230.015	0,842
Edición, artes gráficas y soportes grabados	224.457	0,565
Educación de mercado	178.720	0,197
Industria del papel	177.476	0,530
Fabricación de mueble; otras manufactureras	177.138	0,639
Industria de la madera y el corcho	153.818	0,719
Industrias de bebidas	146.012	0,649
Actividades auxiliares a la banca y seguros	128.450	0,544
Productos de caucho y materias plásticas	122.430	0,678
Fabricación de vehículos de motor y remolque	114.330	0,531
Actividades informáticas	98.754	0,357
Extracción de minerales no metálicos	95.064	0,459
Actividades de saneamiento público	91.779	0,455
Actividades asociativas	84.242	0,433
Captación, depuración y distribución de agua	80.870	0,446
Pesca y agricultura	77.354	0,255
Hogares que emplean personal doméstico	66.108	
Industria de confección y peletería	53.873	0,626
Extracción de minerales metálicos	50.688	0,907
Transporte marítimo y navegación interior	38.299	0,611
Silvicultura explotación forestal	36.639	0,112
Investigación y desarrollo	36.035	0,262
Reciclaje	34.756	0,817
Instrumentos médicos, precisión, óptica y relojería	31.845	0,524
Industria textil	12.476	0,374
Industria del cuero y del calzado	3.609	0,655

La consideración del gasto sanitario público como “productivo” obliga, entre otros aspectos, a considerar su eficiencia y productividad, así como su contribución a la economía en términos comparativos con otros sectores y funciones de gasto público. En el apartado 2.2.2 se han analizado las cifras “macro” de la financiación y gasto sanitario público en Asturias, por lo que se analizarán en éste algunos aspectos más “micro”.

El peso estimado del gasto sanitario público en Asturias sobre el PIB regional se situará a finales de 2009 en el entorno del 7,2%, sin contabilizar el gasto sanitario de los funcionarios públicos con provisión a través de entidades de seguro (apartado 2.2.2). Tomando en consideración el gasto sanitario del mutualismo administrativo con provisión privada el peso del gasto sanitario público en el Principado se puede estimar en el 7,3% del PIB. Una estimación sobre el peso del gasto sanitario total (público más privado) sobre el PIB regional lo situaría en el 9% sobre el PIB regional⁽¹⁰⁹⁾.

En 2007 el gasto liquidado del SESPA supuso un 38% sobre el gasto liquidado del Principado. El SESPA empleaba directamente a 14.237 personas en 2008 (plantilla orgánica) y alrededor de 15.800 personas como plantilla real, lo que representa el 3,5% de la población ocupada y el 18,2% de la rama de actividad de “Administración Pública y defensa, Seguridad Social obligatoria; educación; actividades sanitarias y de servicios sociales”⁽¹¹⁰⁾. Los gastos de personal representaban el 50% del gasto liquidado del SESPA en 2008.

Además de la creación directa de empleo, la asistencia sanitaria pública genera actividad y empleo de forma indirecta a través de la compra de bienes corrientes y servicios (capítulo II), la compra de medicamentos a través de recetas (capítulo IV) y las inversiones (capítulo VI).

El gasto por la compra de bienes corrientes y servicios representa el 26,6% del gasto liquidado del SESPA en 2008, El 94% de los gastos en compras de bienes y servicios se realiza a través de los hospitales. El 74% del gasto en capítulo II se dedica a la compra directa de bienes y servicios, a través principalmente de los hospitales, y el 26% restante a conciertos hospitalarios con entidades públicas y privadas. Un 70% del gasto en capítulo II de los hospitales del SESPA (excluye conciertos) se dedica a la compra de medicamentos y productos sanitarios, incluidos los implantes. El 30% restante se dedica a la compra de otros bienes y servicios, incluyendo los servicios generalmente externalizados de limpieza, mantenimiento, seguridad etc., que generan empleo indirecto.

(109) Estimación a partir de los datos del INE. Encuesta de gastos familiares 2007 para el Principado de Asturias, imputando un 17% de los gastos de seguros a asistencia sanitaria y actualizando por un -1,6% (caída del IPC de servicios médicos y paramédicos). (<http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do?per=12&type=db&divi=EPA&idtab=1025>).

(110) Estimación a partir de los datos del INE, utilizando datos de plantilla real (<http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do?per=12&type=db&divi=EPA&idtab=1025>).

El gasto en conciertos representa el 7% del gasto liquidado del SESPA. Aproximadamente un 75% del gasto en conciertos corresponde a conciertos con hospitales de la red hospitalaria de utilización pública (Hospital de Jove, Fundación Hospital de Oriente, Cruz Roja, Sanitario Adaro y Fundación Avilés), que cuentan con una plantilla de 1.200 personas.

El gasto en recetas médicas representa el 22% del gasto consolidado del SESPA en 2008 y aunque ha disminuido su peso sobre el total del gasto en dos puntos porcentuales, creció en el período 2003-2008 por encima de la media del sistema y del crecimiento de la inflación.

Se debe hacer notar que, como ya señalaba el estudio de Barea y Pulido del año 1993 para el conjunto del sistema sanitario español, existe en el gasto sanitario público del Principado una notable dependencia del exterior. Aproximadamente el 50% de los gastos no de personal se destinan a la compra de fármacos y productos sanitarios, muy dependientes de la importación y/o compra de licencias, como sucede con la compra de equipamiento electromédico, en relación con las inversiones.

En el Presupuesto de la Comunidad para 2007, las inversiones reales y transferencias de capital sumaban 47 millones de €, lo que representaba un 3,5% del total del gasto de la Consejería, ascendiendo a 78,3 millones de € si suma la capitalización de GISPASA (un 5,7% sobre el gasto total).

Desde la perspectiva de la venta de servicios, el SESPA ingresa unos escasos 10 millones de euros por la venta de servicios a terceros.

En resumen, la sanidad pública asturiana tiene una notable relevancia como sector productivo en la economía del Principado, con un efecto dinamizador probablemente débil.

La sanidad como generadora de investigación y desarrollo

Es un dato conocido que España es uno de los países de la OCDE con menor gasto en investigación y desarrollo. En 2006, el porcentaje de gasto en I+D en España sobre su PIB era de un 1,2%, notablemente inferior a la media de la OCDE (2,25%) y alejado del peso de la I+D en países como Estados Unidos (2,66%), Reino Unido (1,78%) o Suecia (3,74%)¹³⁰. La inversión total en conocimiento (educación superior, I+D y software) fue en España de 2,7% sobre el PIB frente a una media para la OCDE del 4,9%. España solamente aportó en 2005 un 0,5% sobre el total de patentes registradas en el mundo (Estados Unidos —30,9%—, Reino Unido —3,2%— o Suecia —1,6%—) (OECD, 2009). El sector sanitario representa un porcentaje del 14% sobre el total del gasto en I+D en España¹³¹.

De conformidad con el estudio de GENOMA, la relevancia financiera en España de la Biotecnología es poco significativa, apenas el 0,3% del capital riesgo total español se invierte en este sector. En la comparativa internacional, y normalizados todos los países por PIB y población, la Biotecnología española tiene un tercio del tamaño de la Biotecnología en EE.UU. y casi la mitad del tamaño medio de la UE-15. No obstante, la Biotecnología española crece un 17% más rápido que la media de la UE-15 y un 10% más que Estados Unidos¹³².

La fabricación de componentes de las TIC sobre el total del valor añadido de la industria fue en España (2006) de un 2,3% frente a un 7,2% como media de la OCDE (Estados Unidos, Reino Unido y Suecia por encima del 6%) (OECD, 2009). La inversión de las TIC como porcentaje de la formación bruta de capital fijo excluyendo la construcción residencial sobre el total de la economía en España fue de un 10,9% frente al 26,9% de los Estados Unidos, 26,4% del Reino Unido o el 25,6% de Suecia. Un análisis de la consultora IDC mostraba que la inversión (en términos absolutos) en TIC sanitarias en España era notablemente menor que en Alemania, Francia y Reino Unido, así como que Asturias se situaba en el grupo de Comunidades Autónomas con menor desarrollo tecnológico⁽¹¹¹⁾.

No se dispone de información actualizada sobre la inversión en investigación y desarrollo en el Principado. En una revisión de 1993 sobre producción científica en biomedicina y salud, Asturias se situaba en una posición intermedia en relación con las restantes Comunidades Autónomas¹³³.

La sanidad como gasto

La sanidad es una inversión que tiene un coste. Como toda inversión tiene que justificar su coste en función de los beneficios que aporta. Estos beneficios se pueden medir por el aumento del "stock" de capital humano (más años de vida con buena salud), así como por su capacidad en crear empleo, dinamizar otros sectores de la economía y crear nuevos productos o técnicas, que puedan ser reinvertidos y exportados. En todas las facetas relacionadas con la concepción de la sanidad pública como sector productivo existe un importante margen de mejora para la sanidad española y asturiana.

De mantenerse la tendencia del gasto sanitario público en Asturias, señalada en el apartado 2.2.2, en un escenario de crecimiento lento de la economía nacional y regional, puede comprometer gravemente la sostenibilidad del resto de políticas públicas. En 2012 el gasto sanitario público gestionado por el Principado (sin incluir al mutualismo administrativo provisto por las entidades de seguro) se puede situar en el entorno del 8% sobre el PIB y del 50% de los presupuestos de la Comunidad Autónoma⁽¹¹²⁾.

El reto está, por tanto, en controlar la tasa de crecimiento del gasto sanitario público para hacerlo sostenible sin disminuir la calidad, y para que esta ecuación se verifique es preciso atender a los márgenes de eficiencia y productividad que tiene el sistema sanitario público.

(111) <http://www.idc.com/spain/events/sanidad07.jsp>.

(112) Hipótesis elaborada manteniendo la tasa interanual media de crecimiento del gasto sanitario público del Principado por persona protegida, manteniendo constante el número de personas protegidas y estimando un crecimiento del PIB de 0%, 1% y 2% para los ejercicios 2010, 2011 y 2012, respectivamente.

SEGUNDA PARTE

EL FUTURO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ASTURIAS

Si se alcanzara un suficiente nivel de acuerdo en el diagnóstico de situación, se estaría en una buena disposición para iniciar la andadura de las dos siguientes etapas que hay que recorrer para construir un futuro “saludable” (generador de salud, sostenible) para el sistema sanitario público de Asturias. La próxima etapa sería construir una visión de futuro y la siguiente seleccionar las medidas para alcanzar el mejor escenario posible y, obviamente, una vez acordadas las medidas, ejecutar las acciones necesarias, evaluar los resultados, corregir las desviaciones, etc. Estas dos etapas: visión de futuro y propuesta de medidas, son el objeto de los últimos capítulos de este informe. La secuencia en su desarrollo: diagnóstico de situación, visión de futuro y propuesta de medidas es relevante, porque solamente si se dispone de un adecuado diagnóstico de situación y una idea suficientemente clara de a dónde se quiere llegar, es cuando se puede abordar un debate con posibilidades de éxito. El fracaso del “Informe Abril” puede explicarse en parte porque la polémica se centró inmediatamente en las medidas propuestas. Aprender de esta experiencia y no repetir el error de quemar etapas puede ser un factor clave de éxito para el empeño que se propone en este informe.

Capítulo 4. Visión de futuro

Prever el futuro es un ejercicio incierto. El análisis estratégico, la evaluación de las tendencias y los estudios de prospectiva suministran elementos de información que permiten planificar acciones para construir un futuro más previsible, menos fatídico. Construir el futuro requiere, partiendo del análisis de la situación actual, tratar de definir con la mayor precisión posible el tipo de sistema sanitario que se desearía tener. El presente capítulo se dedica a estas tareas, para ello: 1. se trata de visualizar el futuro que se desea para la sanidad pública de Asturias a partir del análisis DAFO solicitado a personalidades relevantes, así como de la información disponible sobre las preferencias de los ciudadanos; 2. se analizan, en base a la información sobre tendencias en Asturias y España, la experiencia en otros sistemas sanitarios y los análisis de prospectiva, los factores clave para el futuro del sistema; y 3. se construyen dos escenarios a medio plazo, uno inercial, como prolongación de las actuales tendencias y las previsiones disponibles, y el otro “óptimo”, que se acercara a la visión del futuro priorizada.

4.1 Visión del SESPA en un escenario a medio plazo

4.1.1 Análisis DAFO

Es preciso, antes de adentrarse en los resultados obtenidos del análisis DAFO y con el objeto de eliminar cualquier tipo de debate existencialista, constatar que existe un consenso unánime en el mantenimiento de un sistema sanitario basado en los principios básicos que sustentan al Sistema Nacional de Salud⁽¹¹³⁾:

- **Centrado en la salud.** Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
- **Universal.** La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española.
- **Equitativo.** El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

⁽¹¹³⁾ Artículo 3 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Del Sistema de Salud. Principios Generales.

El mantenimiento de estos principios informadores del sistema sanitario público es compartida por la práctica totalidad de las fuerzas políticas parlamentarias², así como por el conjunto de la población, que presta un soporte mayoritario al actual modelo de sistema sanitario; menos de un 5% de la población apoya un cambio de modelo³³. Se puede descartar, desde la perspectiva actual, cualquier escenario de cambio de modelo sanitario. No se trata, por tanto, de cambiar el modelo de sistema sanitario sino de mejorar y hacer sostenible el actual, y dentro de este marco deben interpretarse las respuestas obtenidas.

Fortalezas

Existe una notable unanimidad en los aspectos que constituyen fortalezas del sistema sanitario público de Asturias:

- Elevado nivel de satisfacción de la población asturiana con el sistema sanitario público.
- Importante infraestructura de recursos sanitarios (edificios, equipamiento, personal), si bien en ocasiones puede ser interpretado como sobreoferta.
- Alta cualificación de los profesionales.

Debilidades

Aunque con menor nivel de coincidencia existe también un acuerdo bastante generalizado en señalar algunas debilidades:

- Población envejecida.
- Gasto sanitario (incluido el farmacéutico) difícilmente sostenible.
- Escasa atención a la salud pública.
- Mapa sanitario obsoleto, con excesivo número de áreas, lo que provoca solapamientos e ineficiencia en la utilización de recursos.
- Escasa coordinación entre ámbitos asistenciales (primaria, especializada), así como en relación con los servicios sociales. Escasa dotación de recursos sociosanitarios.
- La rigidez estructural, el funcionamiento burocrático y la dificultad para introducir mejoras en la eficiencia de gestión, se consideran importantes debilidades del sistema. Estos problemas pueden explicar aspectos como la falta de autonomía de gestión y la escasa profesionalización de los gestores.
- Los problemas de gestión señalados se trasladan a las políticas de gestión de personal (selección, mantenimiento —incentivos—, capacitación), lo que puede estar relacionado con la posible desmotivación profesional.
- Envejecimiento del personal del sistema sanitario público.

Amenazas

Con un nivel similar a la identificación de las debilidades, se suele coincidir en señalar las siguientes amenazas.

- Crecimiento económico lento o negativo. La disparidad entre la tasa de crecimiento del gasto sanitario y las posibilidades reales de su financiación dentro del escenario macroeconómico previsible a medio plazo es, sin duda, la amenaza más claramente identificada, que compromete en mayor medida la sostenibilidad del sistema sanitario público asturiano.
- La desafección de las clases medias acomodadas. La falta de agilidad, flexibilidad y déficit de trato del sistema público, impulsan la búsqueda de fórmulas alternativas o complementarias de cobertura asistencial privada, disminuyendo la legitimación del sistema.
- Cambios sociodemográficos: envejecimiento y dispersión de la población en zonas rurales.
- Tendencia al incremento de otros factores de crecimiento del gasto, además del envejecimiento: aumento de las expectativas de la población e innovación tecnológica.
- La falta de cohesión del sistema, que hace más vulnerables a los servicios de salud (incluyendo al SESPA) frente a las amenazas (por ejemplo: la falta de coordinación de las políticas de personal —retribuciones— y su efecto inflacionista).

La falta de compromiso. Debilidad y amenaza

La convención utilizada en el análisis DAFO es que debilidad se corresponde con factores negativos, internos a la organización, mientras que las amenazas provienen del exterior. La posición de los sindicatos en relación con el sistema sanitario público es, a la vez, un factor interno (recursos humanos del sistema) y externo (agentes sociales muy importantes para la legitimación y viabilidad del sistema), por ello numerosas respuestas señalan de forma indistinta en el apartado de debilidades o de amenazas un factor que se identifica como relevante para la sostenibilidad del sistema y que aquí se define como “falta de compromiso”. Aunque expresado en diferentes términos, numerosas aportaciones inciden en la contradicción no resuelta entre la defensa de intereses del sector (que, en ocasiones, pueden no estar justificados) y la de los generales de los trabajadores, en este caso como ciudadanos que se benefician del bien social que es el Sistema Nacional de Salud. Esta tensión se agudizará en el escenario previsible de contención del gasto sanitario. La contradicción no estará resuelta mientras los agentes sociales no asuman el compromiso de supeditar la defensa de los intereses de sector a los generales, así como disciplinar a los representantes de sector o locales en la asunción de los acuerdos generales suscritos con los responsables políticos y sociales.

La “falta de compromiso” se puede predicar también para otros agentes relevantes, como el sector profesional, pues la misma tensión se puede generar entre la defensa de los intereses corporativos (sindicatos médicos) y la calidad y eficiencia del sistema (Sociedades Científicas); o el político, en donde lo que se entienden por intereses locales pueden entrar en contradicción con los generales, comprometiendo la calidad, seguridad y eficiencia del sistema.

Un aspecto relevante es el compromiso —o la falta de él— en el seno de la sociedad civil. La dinámica de la alianza entre intereses políticos locales y movimientos sociales (asociaciones vecinales, plataformas ciudadanas, etc.), no infrecuentemente alimentados por intereses profesionales o gremiales circunscritos a una determinada área o servicio, generan demandas que, en ocasiones, no están justificadas desde la perspectiva de la calidad de la asistencia, de la seguridad para los pacientes y/o de la eficiencia en la utilización de recursos. Esta dinámica lleva a una espiral reivindicativa de recursos y servicios que no añadiendo valor a la salud de los ciudadanos⁽¹¹⁴⁾ compromete seriamente la sostenibilidad del servicio sanitario público.

Oportunidades

Existe un elevado nivel de acuerdo en las oportunidades que en la actual situación se generan para mejorar la calidad del sistema sanitario público de Asturias y hacerlo sostenible. Los aspectos con mayor coincidencia son:

- Las amenazas para el sistema (en especial la crisis financiera) como oportunidad para el cambio.
- La incorporación de nuevas tecnologías de la información y la comunicación, así como clínicas diagnósticas y terapéuticas para mejorar la calidad, seguridad y eficiencia del sistema.
- El desarrollo del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, que liberará recursos en el sistema sanitario, si se establece una adecuada coordinación entre ambos subsistemas sociales.
- La apertura del nuevo HUCA, como elemento de renovación de las áreas y procesos de gestión clínica, de la tecnología y de los recursos humanos (equipos interdisciplinarios y gestores clínicos), y como instrumento para la promoción de la gestión del conocimiento del sistema (formación e investigación traslacional o aplicada). La relevancia del HUCA como referente y formador de los profesionales se ha señalado en la primera parte de este informe, y esta relevancia es enfatizada en el análisis DAFO como una oportunidad para el nuevo HUCA.
- El envejecimiento del personal genera una oportunidad para su adecuada renovación.

Propuesta de medidas

Partiendo del análisis de situación recogido en los epígrafes anteriores, para el que existe un importante nivel de concordancia, las medidas propuestas para la mejora y sostenibilidad del sistema sanitario público asturiano, en donde existe también un elevado nivel de acuerdo son las siguientes:

- Necesidad de un gran pacto de Estado, similar al “Pacto de Toledo”, para que la sanidad sea sostenible en el futuro.

(114) De hecho, como se señala en otros apartados de este informe (véase, por ejemplo, el apartado 3.2.1.2), puede ponerla en riesgo, como cuando se reclaman, para ámbitos geográficos y poblacionales inadecuados, recursos o servicios que requieren un mínimo volumen de actividad (y, por tanto, de población de referencia) para garantizar no tan sólo su eficiencia sino también la seguridad de los pacientes.

- Potenciar la salud pública: información, educación, autocuidados y hábitos de vida saludables.
- Trabajar en la desmedicalización de la vida cotidiana y en la cultura de salud de la población para fomentar un uso adecuado de los servicios, recolocando expectativas desmesuradas. Información al ciudadano/usuario sobre aspectos como la organización y coste de los servicios sanitarios.
 - Revisión del “mapa sanitario”, adaptándolo a la realidad actual, estableciendo redes asistenciales, que integren los diferentes centros y servicios.
 - Para desarrollar una red de servicios, es necesario el desarrollo de las tecnologías de información y extensión de la historia clínica electrónica a todos los centros de especializada. Conseguir su integración con el sistema de información de primaria.
 - Coordinación con los recursos sociales y desarrollo de los sociosanitarios.
 - Descentralización y autonomía de gestión, tanto a nivel de centros como de las unidades de gestión clínica. Profesionalizar la gestión. Participación de los profesionales en la gestión. Como contrapartida necesaria, sería preciso que los centros y unidades fuesen auditados, de modo que se pudiese evaluar los resultados de su gestión. Productividad vinculada a objetivos.
 - La descentralización y autonomía de gestión clínica reclama la visión del médico como director de un equipo multidisciplinar, competente y capaz de delegar tareas, lo que, a su vez, exige una reorientación de la docencia de grado y posgrado, cambios en la política retributiva (incentivos) y en la selección de los profesionales. Para ello se reconoce que son precisas actuaciones en la política de recursos humanos y el marco estatutario a nivel estatal.
 - Utilizar la puesta en funcionamiento del nuevo HUCA para impulsar los cambios en la gestión (descentralización, autonomía, gestión clínica), así como para desarrollar el centro de investigación biomédica
 - Medición (evaluación, registro) y benchmarking (publicar los datos) de resultados y procesos asistenciales. Análisis de la variabilidad de la práctica clínica como base de la mejora continua del desarrollo profesional
 - Establecer un sistema de copago de los medicamentos vinculado a la renta. Impulsar un “cóctel” de medidas para controlar el crecimiento del gasto farmacéutico (genéricos, precios de referencia, márgenes, control informático de la prescripción, mejora de la atención farmacéutica, etc.).
 - Evaluar el coste/beneficio de la introducción de nuevas tecnologías antes de su introducción en el sistema.

4.1.2 El sistema sanitario que quieren los ciudadanos

La mayoría de los ciudadanos encuestados del Principado de Asturias (48%) opina que el sistema sanitario funciona bastante bien y esta proporción es igual a la de aquéllos que opinan que son necesarios cambios, sin necesidad de rehacer el sistema³³. Desde una perspectiva política de minimizar costes, una alternativa sería no hacer cambio alguno, dejando deslizarse al sistema por el actual cauce, evitando de esta forma la resistencia y el coste que tiene cualquier cambio. Por las razones apuntadas en la parte I de este informe, así como por las señaladas en el análisis DAFO en relación con las amenazas, el sistema sanitario público de Asturias —como el Sistema Nacional de Salud— tiene gravemente comprometida su sostenibilidad, por lo que la alternativa “0” (no hacer) no sería

recomendable. Situándose en la necesidad de introducir cambios, se utilizarán tres fuentes para tratar de acercarse a los cambios que desean (o rechazan) los ciudadanos: el “barómetro sanitario” de 2008³³ (se escogen las respuestas del conjunto de la población española); el estudio sobre “confianza” en el Sistema Nacional de Salud, realizado por la Fundación Josep Laporte¹³⁴, y el estudio Delphi⁽¹¹⁵⁾ de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad sobre la visión de los ciudadanos sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud¹³⁵.

El 75% de la población española es favorable a introducir cambios en el sistema sanitario público, llegando al 26% aquéllos que opinan que estos cambios deberían ser “fundamentales”³³. Las respuestas a las preguntas del barómetro sanitario de 2008 pueden suministrar una orientación sobre el sentido que los cambios pueden proporcionarla:

- Aunque mayoritariamente se favorece la opción pública sobre la privada para todos los tipos de servicios (atención primaria, atención especializada ambulatoria, hospital y urgencias), la oferta privada se considera ofrece más ventajas en relación con la rapidez en la atención, el trato personalizado y la confortabilidad de las instalaciones.
- En atención especializada ambulatoria se suspende en valoración del tiempo de demora en la cita a consulta y el tiempo de demora en la realización de las pruebas complementarias.
- El tiempo de demora para ingreso programado en hospital tiene, asimismo, una valoración más negativa que positiva.
- La valoración también es negativa en relación con la información que da la Administración sanitaria sobre los servicios que presta, la información acerca de los derechos y vías de reclamación de que disponen los usuarios, así como sobre la información sobre medidas y leyes adoptadas por las autoridades sanitarias.

Los aspectos relativos a demoras (en atención especializada y pruebas diagnósticas), trato y confortabilidad, e información institucional parecerían los aspectos que, desde la perspectiva de la opinión más generalizada de los ciudadanos, sería preciso mejorar. Como se ha señalado, no existen preguntas referidas a la libertad de elección y existe un abrumador (88%) a que las Comunidades Autónomas se pongan de acuerdo para ofrecer nuevos servicios⁽¹¹⁶⁾.

El trabajo de Blendon y Jovell (2006) tiene relevancia pues fue el profesor de la Harvard University quien realizó en 1991 la encuesta de opinión para el Informe Abril. Las conclusiones que destacan de este estudio son:

(115) El grupo estaba compuesto por 151 participantes con posiciones de liderazgo en organizaciones de ciudadanos, pacientes y usuarios del Sistema Nacional de Salud.

(116) La pregunta está enunciada de la siguiente forma: Ahora que todas las Comunidades Autónomas son responsables de sus propios servicios sanitarios, ¿piensa Ud. que deberían ponerse de acuerdo entre ellas a la hora de ofrecer nuevos servicios a los ciudadanos?.

- En el periodo 1991-2006 ha aumentado la satisfacción global de los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud.
- La confianza pública en las instituciones sanitarias es más elevada que en otras organizaciones sociales.
- Un 58% de los encuestados opina que son precisos cambios importantes en el sistema sanitario público.
- La espera constituye el principal problema detectado por los ciudadanos españoles, siendo la contratación de más médicos la medida gubernamental más demandada.
- Ante un hipotético problema de sostenibilidad financiera del Sistema Nacional de Salud, los ciudadanos preferirían que los fondos económicos adicionales procedieran de otras partidas presupuestarias o de los impuestos al alcohol y al tabaco, pero no de impuestos sobre la renta. Rechazo al copago.

Un hecho llamativo del trabajo de Blendon y Jovell es la escasa confianza de la opinión pública en los políticos (sólo un 11% responden que tienen “muchísima” confianza) frente a los científicos y médicos (66% y 64%, respectivamente).

El estudio de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad sobre la visión de los ciudadanos sobre el futuro del Sistema Nacional de Salud, ofrece una perspectiva complementaria a la opinión general de los ciudadanos, en la medida que ha sido respondida por un grupo de personas notablemente mejor informadas que el universo de la muestra del Barómetro y el cuestionario se centraba sobre aspectos más específicos de la gobernanza, calidad y funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Las opiniones más reseñables son:

- Deseo de que acabe la confrontación política en el Sistema Nacional de Salud para poder afrontar procesos de mejora de largo plazo.
- Preocupación mayoritaria sobre la existencia de desigualdades⁽¹¹⁷⁾, debido a criterios territoriales no coincidentes en el uso de las competencias autonómicas vigentes.
- Acuerdo en la existencia de una representación formal en los órganos de gobierno de los centros asistenciales y de las organizaciones corporativas profesionales.
- Deseo de poder elegir mediante la disponibilidad de información relevante, entre servicios y alternativas asistenciales, tal y como se viene proponiendo en otros sistemas sanitarios comparables, como el National Health Service británico.
- Preocupación por la sostenibilidad financiera del sistema sanitario, con escasa confianza en que se mantenga la gratuidad universal con el nivel actual de prestaciones. Se predice una expansión del mercado privado de aseguramiento y servicios sanitarios.

(117) El estudio hace referencia en este punto a la incorporación de nuevos tratamientos, especialmente medicamentos contra el cáncer.

- Rechazo a la corresponsabilización en el gasto asistencial mediante el establecimiento de copagos, aunque esta manifestación no es tan unánime cuando se plantea en relación con la prestación farmacéutica.
- Propuesta de mejora de las habilidades de comunicación de los profesionales y de la capacidad de articulación de las necesidades del paciente; incentivación del compromiso asistencial de los proveedores con los usuarios y acreditación de las competencias profesionales, como objetivos para la mejora de la calidad asistencial.
- Deseo de que se produzca una implicación de los pacientes en el diseño, a partir de su experiencia asistencial como usuarios, de indicadores de calidad de la atención sanitaria recibida.
- Acuerdo respecto la información y transparencia en el acceso a información sobre la variabilidad de la práctica clínica profesional y de sus causas subyacentes.

4.1.3 Un mapa para orientar la implantación de los cambios necesarios

Con la información recogida en el análisis DAFO, y la disponible de la opinión de los ciudadanos, es posible construir un mapa para orientar los cambios, en el sentido de conocer qué caminos se pueden —y deben— recorrer y cuáles no, para evitar repetir errores del pasado. Por relevancia (en cuanto a impulsar su factibilidad) se propone la siguiente ordenación:

1. Es preciso un “pacto de Estado” sobre la sanidad, que incluya a todos los agentes relevantes: políticos, sociales y profesionales, que afronte los retos que tiene el sistema y que evite el uso “táctico” de análisis y propuestas a favor de intereses partidarios, gremiales o corporativos. Este pacto debería darse a nivel estatal y también dentro de cada Comunidad Autónoma. El referente del “Pacto de Toledo” es adecuado, porque está comprometida la sostenibilidad de la asistencia sanitaria pública, como en su momento las pensiones. De los problemas de la asistencia sanitaria pública participan todas las Comunidades Autónomas, gobernadas por distintos partidos, lo que debería facilitar el pacto.
2. El objetivo del pacto debería ser la mejora y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, excluyendo alternativas de cambio de modelo de sistema sanitario.
3. Se debería evitar que el debate se iniciara en relación con las “medidas” y centrarlo en primer lugar sobre el análisis de situación y los objetivos, para abordar el análisis de propuestas de cambios una vez establecido un consenso sobre el diagnóstico y objetivos. La propuesta de introducir copago es una receta siempre a mano de los analistas prescriptores (véase, como ejemplo más reciente, McKinsey y FEDEA, 2009¹³⁶), a pesar de lo controvertida que es desde el análisis de su eficacia y efecto sobre la equidad¹³⁷, así como del contundente rechazo de la opinión pública a la misma. La propuesta de implantar un copago es el camino más seguro para evitar un debate sosegado sobre la situación actual y objetivos del Sistema Nacional de Salud, como ya lo demostró el Informe Abril.
4. Existe un acuerdo unánime en que la salud pública y la información al ciudadano/usuario deben ser elementos a potenciar en nuestro sistema. Esta proclama es generalmente retórica y parece no comprometer a quien está dirigida. Además de la educación para la salud, la promoción y la preven-

ción, el conocimiento —por el ciudadano— de lo que se debe y no se debe esperar del sistema, el autocuidado y el uso adecuado de los recursos sanitarios son elementos esenciales para la mejora y sostenibilidad del sistema. Esto supone invertir en la salud pública (en sentido amplio) y responsabilizar a los ciudadanos en el cuidado de su salud y el uso de los servicios. Para que esta propuesta de mejora sea creíble es preciso también modificar un comportamiento político paternalista bastante generalizado.

5. Apartar a los “políticos” de los focos para iniciar el debate puede ser una medida prudente. La iniciativa del Consejo Económico y Social del Principado de Asturias, iniciando un debate desde la legitimidad de los agentes sociales, puede contribuir al desarrollo de un debate constructivo, al que también debería invitarse a destacados científicos y profesionales de la sanidad.

6. ¿Qué objetivos tienen un respaldo suficientemente amplio como para poder someter a debate los medios para alcanzarlos?. Una lista tentativa, basada en el análisis anterior, podría ser la siguiente:

- Adoptar las medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema, manteniendo sus principios básicos: centrado en la salud, universal y equitativo.
- Hacer que el sistema sea más transparente y responda mejor a las necesidades y demandas de los ciudadanos.
- Aumentar la calidad y seguridad del sistema sanitario, y
- Mejorar su eficiencia, fomentando asimismo la participación de los profesionales en su gestión.

4.2 Factores clave de futuro del sistema sanitario

Un envolvente para el futuro del sistema sanitario público en Asturias es el entorno económico, siendo este factor el primero cuyo análisis se abordará en este apartado. Los factores demográficos y epidemiológicos están claramente identificados como claves para el futuro de los sistemas sanitarios. Otro factor es el de las expectativas de los ciudadanos; aunque este elemento ha sido abordado en el apartado 4.1.2, se hará en éste una breve referencia a la prospectiva de estas preferencias. La introducción de tecnología se ha identificado como el factor más relevante de crecimiento del gasto sanitario en los países occidentales desarrollados¹³⁸, explicando hasta un 50% del crecimiento del gasto en la segunda mitad del siglo XX¹³⁹, su importancia probablemente se mantendrá en el inmediato futuro¹⁴⁰. Otro factor clave de futuro, vinculado a los tres mencionados, es el cambio de “modelo” sanitario⁽¹¹⁸⁾. El “factor humano”, los recursos humanos para el sistema sanitario del futuro, es un factor clave de primer orden. Por último se abordarán tres aspectos del marco político del sistema, que se considera tienen relevancia para configurar el futuro del sistema sanitario público de Asturias, así como en el Sistema Nacional de Salud: el cambio organizativo, la colaboración público-privada y la existencia —o no— de un Sistema Nacional de Salud cohesionado.

(118) La forma en la que se organiza el sistema sanitario para atender las necesidades y demandas de la población.

Las proyecciones que se realizan en los siguientes apartados son a medio plazo, pudiendo preverse algunas tendencias a 15 años (2025), sin embargo en base a disponer de las previsiones más sólidas, basadas en datos demográficos y económicos disponibles, se aventuran estimaciones de impacto de las previsiones con el horizonte temporal de 2009-2017 (año del que se disponen proyecciones de población para el Principado, elaboradas por el INE).

4.2.1 El entorno económico

El informe de perspectiva económica de la OCDE, de 19 de noviembre de 2009⁽¹¹⁹⁾, contiene la siguientes previsiones para los próximos ejercicios:

España: Demanda, producción y precios						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Precios corrientes 10.000 millones de €			% de incremento (precios 2000)			
Gasto en consumo final nacional privado	564,6	3,6	-0,6	-5,1	-1,1	0,6
Gasto en consumo final de las AA.PP.	177,5	5,5	5,5	4,4	1,3	0,8
Formación bruta de capital fijo	301,2	4,6	-4,4	-15,3	-5,3	-0,8
Demanda nacional	1 043,3	4,2	-0,6	-6,1	-1,6	0,3
Construcción (contribución al crecimiento del PIB)	3,8	-0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Total demanda nacional	1 047,1	4,2	-0,5	-6,2	-1,6	0,3
Exportación de bienes y servicios	259,1	6,6	-1,0	-13,5	5,5	7,8
Importación de bienes y servicios	321,9	8,0	-4,9	-20,1	-0,4	5,4
Saldo exterior (contribución al crecimiento del PIB)	- 62,8	-0,9	1,4	2,9	1,4	0,6
PIB a precios de mercado	984,3	3,6	0,9	-3,6	-0,3	0,9
Deflactor del PIB	-	3,3	2,5	0,3	0,2	0,0
Costes laborales, empleo y paro (variación en porcentaje)						
Índice armonizado de precios de consumo	-	2,8	4,1	-0,4	0,8	-0,1
Deflactor del consumo privado	-	3,2	3,7	-0,9	0,7	-0,1
Tasa de desempleo	-	8,3	11,3	18,1	19,3	19,0
Tasa de ahorro de los hogares (% de los ingresos)	-	10,0	13,4	17,8	17,9	17,9
Balance de las AA.PP. (como % del PIB)	-	1,9	-4,1	-9,6	-8,5	-7,7
Balance por cuenta corriente (como % PIB)	-	-10,0	-9,6	-5,3	-3,8	-3,0

Fuente y métodos: OECD Economic Outlook Sources and Methods (<http://www.oecd.org/eco/sources-and-methods>).

El crecimiento del PIB será, de conformidad con estas previsiones, negativo en 2009 y lento en 2010. El entorno económico mundial, el elevado déficit público y el anunciado plan de austeridad de las administraciones públicas, y el ajuste y paulatina transformación del modelo económico vigente

(119) www.oecd.org/country.

hasta la crisis, basado en la construcción y el turismo, por otro más competitivo y sostenible, hacen previsibles crecimientos lentos de la economía española en un escenario de medio plazo. El Fondo Monetario Internacional preveía, en abril de 2009, crecimientos del PIB para España en el entorno del 1,9% para 2014¹⁴¹.

Dentro del marco económico se producirá un marcado acento en las políticas de racionalización del gasto público. El anteproyecto de ley de economía sostenible prevé que “se creará un grupo especial de evaluación del gasto que analizará, tanto los programas de gasto, como la estructura y procedimientos de los diversos ministerios y organismos públicos, y realizará recomendaciones para incrementar su eficiencia. Se presentará un plan de austeridad y de calidad del gasto y un plan de racionalización del sector público empresarial y de la estructura de la Administración Pública⁽¹²⁰⁾.

Otro elemento del entorno económico a considerar es el relativo a las prioridades de gasto público, en donde, como se señaló en el apartado 2.3.2, existen sectores proporcionalmente peor atendidos que la asistencia sanitaria, como son la dependencia, la atención a los niños y la familia, y vivienda y exclusión social. Como ejemplo de componentes del gasto social que compiten por una mayor financiación con el sanitario se puede consultar el reciente informe del Grupo de Expertos para la Evaluación del Desarrollo y Efectiva Aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia¹⁴².

Con estos elementos, y tomando como referente que en 2009 el gasto sanitario público en Asturias se situará en el entorno del 7,4% (7,2% SESPA + 0,2 aportados por el gasto sanitario de los funcionarios públicos) —apartado 2.2.2—, se puede hacer la previsión de que, para hacer sostenible el gasto sanitario público sanitario en Asturias (descontando funcionarios), se debería mantener en el entorno del 7,5% sobre el PIB, lo que supone —de darse tasas de crecimiento del PIB regional similares al entorno nacional— mantener el gasto (en términos monetarios) de 2009 en el ejercicio 2010, crecer 1% en 2011 y, a partir de este ejercicio, crecer a una tasa interanual en el entorno del 2%. La tasa de crecimiento interanual del gasto por persona protegida durante el período 2002-2009 —apartado 2.2.2.— ha sido del 4%, por lo que, para ajustarse a estas previsiones se tendrían que producir dos hechos complementarios: 1. mejorar notablemente la eficiencia y productividad del sistema sanitario, mejorando la calidad del servicio; y 2. generar ahorros en costes en servicios y productos que menor valor agregado —o es negativo— tienen para la salud y los cuidados, y especialmente en lo relativo al gasto farmacéutico.

(120) www.la-moncloa.es.

4.2.2 El factor demográfico

Las estimaciones de Aladino Fernández, Marcos Ortega y Juan Sevilla (2007) prevén un ligero descenso del número de habitantes en el Principado (30.000 entre 2010 y 2025), con una población envejecida, y una concentración de los habitantes en el espacio central (el 80% de la población), y concejos rurales en despoblamiento. Tomando como base el dato real de 2009 y utilizando las tasas de crecimiento de las proyecciones del INE a 2017 (escenario 1), la proyección para 2017 sería la siguiente:

Grupos de población	2009	2017	△ % 2017/2009
0 a 4 años	38.661	35.266	-8,78%
5 a 9 años	36.746	37.362	1,68%
10 a 14 años	35.950	39.707	10,45%
15 a 19 años	41.690	38.828	-6,86%
20 a 24 años	55.309	40.339	-27,07%
25 a 29 años	72.893	47.881	-34,31%
30 a 34 años	87.646	63.058	-28,05%
35 a 39 años	83.923	81.722	-2,62%
40 a 44 años	82.867	89.312	7,78%
45 a 49 años	85.308	82.410	-3,40%
50 a 54 años	83.060	81.814	-1,50%
55 a 59 años	74.530	81.787	9,74%
60 a 64 años	69.464	76.152	9,63%
65 a 69 años	50.125	65.852	31,38%
70 a 74 años	54.822	56.305	2,71%
75 a 79 años	56.388	42.157	-25,24%
80 a 84 años	41.673	43.451	4,27%
85 y más años	34.055	49.042	44,01%
Total	1.085.110	1.053.523	-2,91%

La estimación realizada en este trabajo (1.053.523 habitantes en 2017) no está muy alejada de la de Aladino Fernández y cols. para 2020 (1.046.969). Un aspecto que debe resaltarse es el desigual crecimiento por grupos de edad que resulta de la estimación realizada. Mientras que el segmento de población que más decrece es el comprendido entre los 15 y 44 años (el segmento que menos gasto sanitario genera y, posiblemente, el más productivo laboralmente), el que más crece es el de los 65 a 74 años. La proyección en gasto de este balance entre disminución de la población y envejecimiento, tomando en consideración los siete grupos de gasto del Grupo de Trabajo de Gasto Sanitario (2007) sería de un incremento neto de un 1,8% en el período 2009-2017. El coste de la dispersión no se toma en consideración, pues no se incrementará y Asturias cuenta en la actualidad con una infraestructura sanitaria muy potente en las zonas rurales. El crecimiento del gasto estimado en este trabajo es concordante con el hallado por Casado y cols. (2009), que estimaba para Asturias un crecimiento del gasto sanitario debido a cambios demográficos situado en una horquilla entre el 1,9% y 3% durante el período 2005-2016¹⁴³.

Sin embargo, más importante que el impacto económico se estima la necesidad de cambio de modelo sanitario para adaptarse a las necesidades y demandas de una población envejecida, con alta prevalencia de enfermedades crónicas, fragilidad y dependencia (véase 4.2.5).

4.2.3 Expectativas de los ciudadanos

En el apartado 4.1.2 se han analizado algunos datos relativos a la opinión actual de los ciudadanos sobre los servicios sanitarios públicos. La evolución a futuro de las preferencias de los ciudadanos con respecto al sistema sanitario probablemente tenderán a la convergencia con los ciudadanos de los países de la Europa de los 15, en donde son elementos relevantes: 1. la capacidad de elección del usuario, basada en información confiable sobre el funcionamiento de los servicios; 2. la capacidad del paciente para decidir sobre las alternativas terapéuticas, basada en una información veraz sobre la enfermedad, alternativas y calidad de vida; 3. la capacidad de respuesta del servicio sanitario para adaptarse a las preferencias de los usuarios, incluyendo la rapidez en la atención; y 4. los aspectos relativos a confortabilidad, adquirirán todavía más peso que en la actualidad. La mejora en estos aspectos está, además, condicionada por la necesidad de evitar la tendencia a la huida de la sanidad pública por las clases medias acomodadas, pues su compromiso con el Sistema Nacional de Salud es básico para su sostenibilidad.

Aunque pueda criticarse su metodología (el propio informe señala que los resultados deben interpretarse con cautela), el EuroHealth Consumer Index realiza una aproximación sistemática a la medición de indicadores de desempeño de los sistemas sanitarios de la Unión Europea desde la perspectiva del paciente¹⁴⁴. En el ranking elaborado mediante este índice, España figura en el puesto 21 de 33 países, compartiendo con Bulgaria, República Checa y Grecia el puesto más bajo en la disciplina de derechos e información al paciente y el segundo peor puesto (mejor que Portugal y compartido con Finlandia y Suecia) en tiempos de demora. Algo parece estar fallando en el Sistema Nacional de Salud en su relación con sus usuarios en la condición de consumidores.

La previsión que se hace en este informe es que las demandas de capacidad de elección y transparencia de la información, de decisión, de inmediatez de respuesta y de mayor confortabilidad tenderán a aumentar en el inmediato futuro y que, además, atenderlas será un factor crítico para la legitimación social del sistema. Es posible que estas mejoras requieran un incremento de gasto, que en todo caso será muy moderado (se puede estimar un incremento del 1% en el período que se está considerando —2009-2017—), pero los cambios fundamentales que se requieren son los organizativos y de gestión para que el sistema se adapte a las preferencias individuales.

La visión del usuario del servicio sanitario público como cliente suele asociarse al temor de incentivar un “consumerismo” sanitario, que tensaría al sistema por una mayor demanda de servicios. Esto es, obviamente un riesgo, pero la educación para la salud, el autocuidado y la implicación de los familiares como co-proveedores forma parte de las estrategias de la Kaiser Permanente para aumentar la eficiencia del servicio y disminuir los costes^{110,111}. Asimismo, la participación del pacien-

te aumenta la seguridad de la asistencia¹⁴⁵. Las prioridades de los pacientes en las etapas finales de su vida son verse libres de la angustia física y psíquica; tener control sobre las decisiones asistenciales; evitar tratamientos que prolonguen la agonía; no ser una carga y estrechar los lazos con sus seres queridos¹⁴⁶, frente al uso elevado de tecnología molesta y sin beneficio en pacientes con enfermedad avanzada y terminal¹⁴⁷.

4.2.4 El factor tecnológico

La introducción y uso de la tecnología ha sido el factor que más ha contribuido al crecimiento del gasto sanitario en los países occidentales desarrollados en la segunda mitad del siglo XX y probablemente lo seguirá siendo en un futuro previsible. En este apartado se mencionarán brevemente las previsiones disponibles sobre la introducción y el uso de nuevas tecnologías en España: biotecnología, cirugía mínimamente invasiva, diagnóstico por la imagen, farmacogenómica y TIC. Los análisis de este apartado están referidos al conjunto del Sistema Nacional de Salud, considerando que Asturias seguirá, en términos generales, las tendencias del conjunto del Estado.

Biotecnología

El estudio de OPTI sobre el impacto de la biotecnología en el sector sanitario¹⁴⁸ analizó cuatro grupos atendiendo a su objetivo: diagnóstico molecular y prognosis de enfermedades, desarrollo de fármacos, terapia celular e ingeniería de tejidos y terapia génica y vacunas génicas. Sus conclusiones fueron las siguientes:

- Todas las tecnologías seleccionadas tienen un grado de importancia muy alto. Esta importancia se traduce en repercusiones de carácter científico, técnico y económico para el sector de la biotecnología.
- Las tecnologías que cosechan mayores grados de importancia son las relacionadas con la proteómica, las células pluripotenciales, los biochips, la secuenciación genómica, a velocidad ultra-rápida y la farmacogenética.
- Ciertas plataformas tecnológicas están cobrando un interés creciente en especial para centros de I+D, así como un importante incremento de la demanda. Entre ellas cabe destacar: microarrays, modelos animales transgénicos, modelos predictivos de estructura de proteínas, e integración y análisis de datos informáticos.
- Se ha constatado la necesidad de desarrollar sistemas informáticos que “faciliten la vida” al médico en el uso e interpretación de los datos genéticos y genómicos.
- El estudio estimaba que las tecnologías analizadas podrían estar implantadas en un horizonte temporal tan cercano como 2010, siendo las primeras en materializarse las relacionadas con: la automatización en la separación, identificación e interacción de proteínas; la bioinformática; y la producción y uso masivo de modelos animales transgénicos⁽¹²¹⁾.

(121) Esta previsión es claramente optimista a sólo seis años de publicación del estudio, lo que debe servir de prevención adicional a los estudios de prospectiva.

- En general, la biotecnología española tiene una posición competitiva baja, ninguna tecnología supera el umbral de posición competitiva media.
 - La mayor ventaja competitiva es sin duda el conocimiento científico, mientras que la mayor desventaja es la escasa presencia industrial, que incluso alcanza cotas de inexistencia para algunas tecnologías en vías de desarrollo a nivel internacional.
 - Dos amenazas se ciernen sobre nuestra mejor ventaja competitiva: la primera, un déficit de infraestructura y equipamientos en red, crítica en un área científica como la biotecnología, que necesita integrar disciplinas; y la segunda, los insuficientes recursos económicos que demanda un área tan intensa en capital como la biotecnología, en especial de carácter privado para financiar el desarrollo de nuevos productos.
 - La gran mayoría de los expertos, y en especial aquellos provenientes de Centros de I+D, valoran negativamente el marco legal, incluida la normativa administrativa española y su aplicación, así como la disponibilidad de recursos humanos.
 - Más de la mitad de los expertos provenientes de hospitales valoran su conocimiento sobre estas tecnologías como bajo, y claramente inferior al resto de profesionales encuestados, y además expresan una baja disponibilidad de recursos humanos, en especial aquellos dedicados a valorar e implementar nuevas tecnologías.

Tan interesante, para los objetivos del presente estudio, como la prospectiva sobre biotecnología en el sector sanitario, son las barreras identificadas por el estudio del OPTI para constituir un verdadero sector industrial y empresarial español en biotecnología, se enumeran a continuación:

- No se dispone de un equilibrio claro entre ciencia y tecnología. En la valoración de los méritos para progresar profesionalmente en el sistema público de I+D priman las publicaciones, frente a los desarrollos tecnológicos, siendo en estos últimos donde presumiblemente radique el mayor valor añadido de la biotecnología.
 - Estructuras poco adecuadas para la gestión de proyectos y de una normativa administrativa compleja y poco flexible.
 - Escasa orientación por la innovación. Escasos fondos para la solicitud internacional o extensión de las patentes, pocas estructuras profesionales que apoyen aspectos estratégicos en la protección industrial y la comercialización de los resultados de la investigación en biotecnología, coexistencia de distintos marcos normativos para la protección de innovaciones, dependiendo de si proceden de hospitales, Centros de I+D o Universidades públicas, así como carencia de plataformas adecuadas para valorar e implementar nuevas tecnologías en los hospitales, entre otros.
 - Marco legal y entorno poco adecuado para la creación de spin offs o start ups. Importantes restricciones en la participación de investigadores públicos en empresas, difícil acceso a garantías crediticias, déficit de bio-incubadoras... entre otras, no favorecen las “aventuras empresariales”.
 - Existencia de investigación desestructurada. Excesiva proporción de grupos científicos pequeños o poco integrados en investigación estratégica, escasa disponibilidad de plataformas tecnológicas en red, o falta de coordinación entre las distintas administraciones y CC.AA., suponen pequeñas barreras al despegue científico español.

Cirugía mínimamente invasiva

El trabajo de OPTI sobre esta tecnología¹⁴⁹ señalaba que el alto impacto de la cirugía mínimamente invasiva respecto a la cirugía convencional está siendo posible por el continuo desarrollo de la tecnología endoscópica, equipos de instrumental laparoscópico, equipos ópticos y mejora del instrumental especializado que engloba las técnicas endoluminales y, de forma especial, la denominada cirugía endovascular, así como a la innovación y perfeccionamiento de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas.

El estudio de OPTI deducía que la gran revolución científico-tecnológica ya había tenido lugar, aunque aún se trata de tecnologías emergentes en plena evolución. Por el contrario, señalaba que está por llegar una auténtica revolución social que se materializará en la implantación definitiva de estas técnicas debido a las presiones comerciales de las compañías fabricantes de equipos, la concienciación del colectivo médico y el cambio de mentalidad del paciente.

El estudio señalaba una serie de factores que están retrasando la rápida implantación que estos procedimientos en relación con otros países como Estados Unidos, entre ellos:

- Presiones presupuestarias de los hospitales, reacias a la implantación de nuevos procedimientos que requieren fuertes inversiones en tiempo y personal correctamente formado.
- La curva de aprendizaje de estas técnicas es mucho más lenta, y por tanto el cirujano requiere una gran inversión de su tiempo en aprender estas técnicas.
- Falta de evidencia contrastada y documentada sobre estudios coste-beneficio que evidencien la efectividad de estos procedimientos.
- Falta de formación en procedimientos de cirugía mínimamente invasiva en el sistema educativo actual y escasez de cursos de entrenamiento para adquirir un nivel de experiencia adecuado.
- Resistencia al cambio del colectivo médico que se siente cómodo con las técnicas tradicionales.
- Tecnologías no maduras que aun hoy están experimentando una rápida evolución.
- Medidas políticas que restringen el número de nuevos procedimientos aceptados.

Por último, el estudio señalaba que el futuro desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva está marcado por su carácter multidisciplinar, requiriendo una mejor integración entre diferentes disciplinas (matemáticas, biología, medicina, física e ingeniería), así como propiciar el intercambio de experiencias entre diferentes especialidades médicas y potenciar la comunicación entre servicios y centros de investigación.

El estudio del OPTI estimaba que el impacto económico de esta tecnología sería la reducción de estancias hospitalarias, de infecciones nosocomiales y en listas de espera, y señalaba la necesidad de adoptar la estructura (y gestión) de los quirófanos para lograr una rápida circulación de pacientes. No obstante, como señala el estudio del OPTI, se carece de un análisis coste-beneficio de estos procedimientos.

Diagnóstico por imagen

Un reciente estudio del OPTI prevé que el diagnóstico por imagen va a continuar en permanente desarrollo y mejora, con imágenes más precisas, tanto anatómicas como funcionales, y a compartir por todos los médicos interesados en cada paciente¹⁵⁰. El diagnóstico por imagen tenderá a ser cada vez más precoz, incluso en estadios preclínicos. El ritmo de las nuevas tendencias vendrá marcado por la evolución de la tecnología más que por la de los profesionales y se impondrá la estrecha colaboración entre especialistas de la imagen y especialistas asistenciales, hasta el punto de que pueden llegar a solaparse e integrarse algunas de las especialidades actuales.

Asimismo el estudio señala que las nuevas tecnologías aplicadas al diagnóstico por la imagen suponen una difícil absorción por el colectivo hospitalario y profesional, debido principalmente a una escasez de recursos humanos que puedan adoptar e integrar las nuevas tecnologías, la dificultad de incorporar nuevas fórmulas de trabajo de carácter multidisciplinar, la falta de comunicación entre los diferentes agentes que conforman este sector, principalmente a la hora de informar sobre los nuevos avances que se van produciendo en diagnóstico por imagen, etc., concluyendo que “a tenor de los resultados obtenidos, parece claro que las tecnologías van a evolucionar más rápido que la capacidad de aceptación de los facultativos de usar estas tecnologías en el ámbito del diagnóstico por imagen”. El estudio señalaba que una buena gestión debería conllevar la creación de equipos multidisciplinarios en los centros hospitalarios, poniendo énfasis en la formación de personal que fomente la relación interprofesional sanitaria tanto en el uso de los nuevos equipos complejos como en seguimientos de protocolos y toma de decisiones.

Existen escasas referencias, dentro del estudio del OPTI, a la incidencia que sobre los costes tiene la incorporación de estas nuevas tecnologías, que han tenido una notable incidencia en el crecimiento del gasto sanitario. El estudio señala a los aspectos organizativos como el factor crítico más relevante para que el desarrollo de los sistemas de telecomunicaciones permitirá la resolución de procesos diagnósticos complejos o urgentes desde cualquier ubicación, mediante la generalización de sistemas de archivo y comunicación de imágenes (PACS), así como para el desarrollo de centros consultores de diagnóstico por imagen, operativos 24 horas.

Farmacogenómica

Las conclusiones del estudio de prospectiva de OPTI sobre farmacogenómica¹⁵¹ concluía que la implantación de la farmacogenómica y la medicina personalizada en el Sistema Nacional de Salud requerirán de importantes actuaciones en muchos campos, lo que implica una estrategia a medio plazo. Este trabajo recomendaba, teniendo en cuenta que su impacto en términos de calidad asistencial y de abaratamiento de costes en el medio plazo es de gran magnitud, la colaboración del Ministerio de Sanidad y Política Social, del Ministerio de Ciencia e Innovación y de las Comunidades Autónomas, a través de una Comisión Nacional de Farmacogenómica que pueda llevar a cabo las acciones necesarias para conseguir su implantación efectiva en la Sanidad Española.

En el período de prospectiva considerado (2009-2017) la farmacogenómica es previsible que tendrá un limitado impacto sobre los costes del sistema.

Tecnologías de la Información y Comunicaciones

En el apartado 3.2.4 se hace referencia a las TIC. La Unión Europea prevé que la “E-Health” se convierta en la tercera industria en el sector sanitario, llegando al 5% del gasto sanitario (Communication from the Commission, 2004). Las conclusiones del estudio de prospectiva de OPTI y FENIN sobre las TIC aplicadas a la salud (Narváez, 2006) prevén una transformación progresiva del modelo sanitario hasta evolucionar en un sistema integrado, en cuyo centro esté situado el paciente. En el apartado 3.2.4 se hace una reseña sobre las conclusiones de este estudio, por lo que se evita su repetición aquí.

Posiblemente lo más relevante a subrayar de cara el futuro es que, aunque la introducción de las TIC en el sistema sanitario es inevitable (y deseable), su incorporación puede hacerse de forma más o menos lenta (en parte dependiendo de las disponibilidades financieras), de forma proactiva (liderando los cambios desde el sector sanitario) o reactiva (reaccionando —tarde— al impulso de los usuarios) y de forma que tome en consideración los cambios que las TIC introducen en los procesos y, por tanto, en la organización y en los recursos humanos (reingeniería de procesos) o sumando —como básicamente se ha hecho hasta el momento— las TIC al actual funcionamiento del sistema (aumento de gasto con escaso retorno de la inversión en forma de ahorros en otros elementos de gasto). La visión de futuro más deseable sería favorecer la incorporación más rápida posible de las TIC, liderando esta incorporación teniendo como objetivos principales la mejora de la calidad, seguridad y eficiencia del sistema y, como consecuencia lógica, teniendo presente los objetivos a alcanzar tanto en calidad como en términos de retornos económicos de la inversión.

Como se reseñó en el apartado 3.2.4, la estimación de Red.es era, para el el Principado de Asturias, de 1,3% de inversión más gasto en TIC en 2007. Una previsión razonable podría ser que las TIC alcanzaran el 5% del gasto sanitario total, previsto por la Comisión Europea para 2017. Alcanzar este objetivo supondría incrementar el gasto (en términos constantes) en unos 60 millones de € al año sobre el estimado por Red.es para Asturias (\cong 80 millones de €/año en total). Este incremento de inversión y gasto corriente en TIC debe estar acompañarlo de cambios organizativos y de gestión que permitan, además de una mejora de la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria, absorber el impacto económico de las TIC. En otras palabras: el incremento de la inversión (y gasto) en las TIC debería autofinanciarse. Probablemente exista un “coste friccional” (mantenimiento del gasto por un determinado período hasta que el impacto de las TIC genere retornos en eficiencia, así como costes financieros de la inversión). Tanto por esta razón como porque una parte relevante del conocimiento en TIC está en el sector privado, ésta sea un área prioritaria de colaboración público-privada.

El factor tecnológico en el futuro del sistema sanitario público de Asturias

El análisis realizado, basado principalmente en los estudios de prospectiva del OPI, revela algunos rasgos que pueden ser tomados en consideración para el diseño del futuro del sistema sanitario público asturiano:

1. La incorporación y utilización de la tecnología seguirá siendo un factor determinante de crecimiento del gasto sanitario.

2. Para que la incorporación de tecnología se acompañe a la disponibilidad de recursos, así como para que la relación coste-beneficio sea adecuada y genere eficiencia, es recomendable:

2.1 Evaluar la relación del coste-beneficio antes de su incorporación. El coste de los análisis coste-beneficio y la no existencia de barreras entre Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas hacen aconsejable que este esfuerzo se haga a nivel nacional, de conformidad con lo previsto en el artículo 21 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Aunque es una prerrogativa de las Comunidades Autónomas aumentar su cartera de servicios por encima de la establecida para el Sistema Nacional de Salud, sería recomendable que no existieran diferencias.

2.2 Introducir los cambios necesarios en la organización y gestión de los servicios, para que su empleo sea eficiente. Previa a la incorporación de un determinado equipamiento en una unidad deberían fijarse los objetivos en términos de coste de su incorporación (de inversión y en gastos corrientes), elaborar el protocolo para garantizar su efectividad y seguridad, acordar los cambios a introducir en los procedimientos y fijar los objetivos de eficiencia (ahorros en costes) que la incorporación de la tecnología genera. El objetivo sería que las eficiencias generadas por la incorporación de la tecnología produjeran un ahorro neto o, al menos, financiara los costes de su incorporación. Las fórmulas de colaboración público-privada pueden contribuir al logro de este objetivo, especialmente en relación con las tecnologías relacionadas con el diagnóstico por la imagen y las TIC.

3. Aún adoptando las políticas recomendadas en el punto anterior, se debe prever que la incorporación y uso de la tecnología en su conjunto genere un incremento del gasto.

4. Aspectos que se muestran relevantes para la facilitar la incorporación y el eficiente uso de la tecnología son la flexibilidad, el desarrollo de equipos multidisciplinares, el rediseño de las competencias profesionales, la formulación y diseño de carreras profesionales que incorporen la necesidad de inversión (en tiempo y, por tanto, en costes) en formación continuada y el desarrollo de perfiles de puestos de trabajo que reflejen e incorporen los cambios tecnológicos, atributos de los que, como se analizó en el apartado 2.2 de este informe, carece el Sistema Nacional de Salud. La formulación de una política integral de recursos humanos, necesaria también para adaptarse a los cambios que la incorporación de la tecnología impulsa, debería también ser un empeño a nivel estatal.

5. Es preciso invertir en I+D+i. Un objetivo razonable sería que el gasto en I+D+i alcanzara, al final del período considerado (descontando la inversión más gasto en TIC), al menos el 1% del gasto sanitario de la región (el equivalente a 17 millones de € al año, en términos constantes).

6. Un aspecto relevante para el impulso de una política de I+D+i en sanidad es la cooperación entre el sistema sanitario, la universidad y la industria. El desarrollo del “cluster” de ciencias de la salud asociado al nuevo HUCA podría favorecer esta estrategia, especialmente en relación con la biotecnología y farmacogenómica.

4.2.5 El cambio de modelo sanitario

La demografía (con su correlato epidemiológico) y la tecnología, los dos grandes factores de crecimiento del gasto sanitario en los países occidentales desarrollados, están demandando e impulsando un cambio en el modelo sanitario actual, heredero de la concepción de la medicina y de la sanidad de los años 60-70 del pasado siglo, basado en la atención por episodios asistenciales, para diferenciarlo básicamente en dos grandes vertientes: la atención sistemática al paciente crónico y las redes de servicios para la atención efectiva y segura al paciente aguda y gravemente enfermo⁽¹²²⁾. El desarrollo de una atención adecuada a los pacientes con cáncer requiere asimismo de redes asistenciales integradas, que lleva implícito —como en relación con el modelo de atención urgente— el concepto de regionalización. La reconfiguración de la asistencia sanitaria para satisfacer adecuadamente esta demanda asistencial requiere de una redefinición de los niveles asistenciales, así como de una nueva concepción del hospital, de la atención primaria y de las unidades asistenciales.

Atención al paciente crónico

Más de un 24% de la población asturiana tendrá en 2019 más de 65 años, haciéndose mayor que en la actualidad la carga previsible de enfermedad (múltiples enfermedades crónicas), dependencia y fragilidad. Como se ha señalado en el apartado 3.3.1.1 (relación entre niveles asistenciales), el modelo actual responde a la arquitectura rígida (dos niveles asistenciales) frente a la arquitectura variable (paciente y familia - servicios sociales y sociosanitarios - atención primaria - atención especializada) y “gestión compartida” que demanda una gestión asistencial integral, en especial de los pacientes que generan el mayor número de consultas, urgencias e ingresos y estancias hospitalarias, que son las pacientes con enfermedades crónicas y afectación sistémica, con variables grados de dependencia y fragilidad. La atención sistemática a este tipo de pacientes está siendo desarrollada en otros sistemas sanitarios (*National Health Service* inglés, y la *Kaiser Permanente*).

(122) Existen, lógicamente, muchas situaciones intermedias, que requieren una atención más basada en la atención por episodios tradicional. En este punto se hace referencia a los dos grandes grupos de problemas de salud que requieren un cambio de modelo sanitario. Una parte importante de los procesos que quedan entre estos dos grandes grupos pueden ser atendidos de forma ambulatoria (cirugía programada ↔ cirugía mayor ambulatoria).

El cambio de modelo sanitario para atender a estos pacientes no es una necesidad de futuro, sino actual, y este cambio de modelo debe atender a las siguientes dimensiones:

1. Atención sistemática al paciente crónico. El documento publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social sobre unidades pacientes pluripatológicos define una nueva forma de atender a los pacientes crónicos complejos, basada en la experiencia del Reino Unido y la Kaiser Permanente, que puede servir de modelo para generalizarla a todos los pacientes crónicos con afectación sistémica⁵⁸. Las características principales de este modelo son:

a) La atención sistemática y compartida entre el médico especialista hospitalario y los médicos del ámbito de atención primaria⁽¹²³⁾.

En el documento del Ministerio de Sanidad y Política Social sobre las unidades de pacientes pluripatológicos se hace referencia a la atención compartida entre médicos internistas y de familia para la atención de este subgrupo de pacientes crónicos complejos, pero el mismo modelo puede hacerse extensivo a la relación entre subespecialistas médicos (cardiólogos, nefrólogos, neumólogos, etc.) para la atención a pacientes crónicos con afectación sistémica (insuficiencia crónica cardíaca, insuficiencia renal, respiratoria, etc.).

b) Disponer de un amplio abanico de modalidades asistenciales (consulta, hospital de día, hospitalización convencional, etc.), que permiten garantizar la atención a los pacientes en el momento y lugar más adecuado.

2. Continuidad entre servicios sociales y sanitarios. El establecimiento de un continuo asistencial que abarque el autocuidado, el domicilio del paciente, los recursos sociales y sociosanitarios, el ámbito de la atención primaria de salud y las unidades hospitalarias de agudos y de convalecencia.

3. Desarrollo de recursos sanitarios intermedios (unidades de convalecencia) y sociosanitarios (cuidados paliativos)¹⁵² y una atención, por parte del sistema sanitario y de los servicios sociales, al paciente y su familia a los aspectos relacionados con el fin de la vida.

El desarrollo de este modelo requiere la utilización de herramientas de las TIC, como la historia clínica compartida e integración de los sistemas de información de atención primaria y especializada, así como del correo electrónico, teléfono móvil y videoconferencia en la comunicación entre los profesionales de ambos ámbitos asistenciales.

Un aspecto que se debe resaltar de este modelo de atención al paciente crónico es la importancia que tienen los aspectos relativos al autocuidado y la formación y apoyo a las personas cuidadoras.

El desarrollo de este modelo debe mejorar la calidad asistencial y reducir los costes del sistema. En el documento de estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Política Social de unidades de pacientes pluripatológicos se establecen como objetivos de gestión de la calidad la reduc-

(123) La vinculación sistemática primaria-especializada se extiende a todo el equipo asistencial, enfermería de enlace, etc.

ción de las estancias hospitalarias en personas mayores de 65 años en igual o más de un 30%, o la reducción de las reacciones adversas a medicamentos en este grupo de edad en igual o más de un 20%, lo que —de conseguirse— supondrían notables ahorros de gasto sanitario.

Atención al paciente grave y agudamente enfermo. Creación de redes asistenciales

Otro grupo de problemas de salud que, de manos de la innovación tecnológica, reclama un nuevo modelo de asistencia sanitaria es el de la atención a los pacientes aguda y gravemente enfermos en donde el continuo asistencial: domicilio/lugar de trabajo/desplazamiento - llamada de emergencia - traslado del paciente - intervención asistencial, desdibuja también las fronteras de la medicina en dos ámbitos asistenciales (primaria y especializada) que dibuja la Ley General de Sanidad, pues el objetivo es situar al paciente en aquel dispositivo sanitario (generalmente una unidad hospitalaria altamente especializada) que pueda prestar una asistencia segura y eficaz en el menor tiempo posible.

Los procesos que más se pueden beneficiar de esta atención son el síndrome coronario agudo^{101,153}, el ictus^{97,154}, los politraumatismos, los grandes quemados y la cirugía urgente^{155,156,157,158,159}. Los pacientes que sufren estos procesos, que frecuentemente se presentan como situaciones de riesgo vital (emergencia sanitaria), pueden ver mejoradas notablemente su esperanza y calidad de vida si se desarrollan sistemas que garanticen su atención lo más rápidamente posible; deriven el paciente al centro más adecuado para la asistencia a su proceso agudo; eviten demoras innecesarias en las unidades de urgencias hospitalarias (técnicas de “fast track”); y reciban el tratamiento más adecuado en los intervalos de tiempo (desde la presentación del proceso hasta la intervención terapéutica) en donde son eficaces.

La importancia del funcionamiento de estos sistemas descansa, como se mencionó en el apartado 3.2.1.1, en relación con los hospitales locales, en la seguridad del paciente, existiendo notables diferencias, para los procesos mencionados, en favor de una asistencia centralizada frente a otra descentralizada (Farrinmgtou-Douglas, 2007).

Un sistema integral de urgencias⁽¹²⁴⁾ se puede definir como un conjunto de unidades funcionales coordinadas, que actúan en un espacio geográfico definido, para lograr un objetivo final, que es reducir la mortalidad de un conjunto determinado de procesos y aminorar sus secuelas. Las tecnologías de la información (TIC) contribuyen de forma notable a la gestión de estos sistemas¹⁶⁰.

(124) El concepto de los “sistemas de urgencias” ha sido adaptado de: Pérez Díaz D. Organización a la asistencia al paciente traumatizado. Hospital Gregorio Marañón. La Dra. Pérez Díaz forma parte del comité de expertos del MSPS para la elaboración del documento de estándares y recomendaciones de las unidades de urgencias hospitalarias (en elaboración).

Atención al paciente con cáncer

La atención de calidad, segura y eficiente al paciente con cáncer también desafía al actual modelo de atención. La estrategia del cáncer en el Sistema Nacional de Salud¹⁶¹ señala algunos elementos relevantes para una atención de calidad y segura para estos pacientes,

La estrategia resalta que el tratamiento del cáncer en el adulto requiere habitualmente de la aplicación de distintas estrategias terapéuticas (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y los modificadores de la respuesta biológica), así como que el diagnóstico y el tratamiento del cáncer requieren de la colaboración de múltiples especialistas y distintos profesionales que deben actuar de forma coordinada para conseguir la máxima efectividad terapéutica, siendo éste uno de los elementos más importantes que justifica la necesidad de una planificación en la atención oncológica.

La estrategia del cáncer en el Sistema Nacional de Salud señala la dificultad de articular, en la tradicional estructura organizativa de los servicios asistenciales hospitalarios, la nueva concepción multidisciplinar de la atención oncológica, en razón de las necesidades del proceso diagnóstico y terapéutico del paciente oncológico, y establece una larga lista de problemas detectados, del que destaca uno reiterado a lo largo de este informe: “atención oncológica efectuada de forma fragmentada entre los diferentes centros y servicios hospitalarios y con falta de conexión entre los niveles asistenciales implicados en el proceso diagnóstico, terapéutico y de seguimiento del cáncer. Estos problemas de relación entre niveles asistenciales pueden explicar una parte importante de los retrasos en el diagnóstico del cáncer”.

Entre las acciones de la estrategia del cáncer en el Sistema Nacional de Salud destaca que “cada centro se integre en una red asistencial oncológica en la cual disponga de todos los tratamientos que pueda requerir un paciente, aunque no se efectúen en el mismo centro”. Preferiblemente, el hospital de referencia para la cirugía y para la radioterapia debe ser el mismo, con objeto de evitar traslados adicionales.

Otro criterio que incorpora la estrategia del cáncer en el Sistema Nacional de Salud es el de regionalización de servicios (apartado 3.2.1.1) tanto a nivel estatal como de Comunidad Autónoma.

Además de los aspectos señalados, existen otros que son comunes al modelo de atención al paciente crónico:

- La necesidad de garantizar un continuo asistencial: atención a domicilio - atención primaria - unidad hospitalaria de referencia - hospital local, que garantice una atención sistemática compartida en la red asistencial oncológica.
- La continuidad entre servicios sociales y sanitarios.

- El desarrollo de recursos sociosanitarios (cuidados paliativos)¹⁵² y una atención, por parte del sistema sanitario y de los servicios sociales, al paciente y su familia a los aspectos relacionados con el fin de la vida.
- La importancia que tienen los aspectos relativos al autocuidado y la formación y apoyo a las personas cuidadoras.

El cambio de modelo en el futuro del sistema sanitario público de Asturias

Existen algunas constantes en los tres ejemplos analizados que impulsan un cambio de modelo sanitario:

- La necesidad de desarrollar redes asistenciales específicas, que superan la barrera tradicional entre atención primaria y especializada.
- La coordinación de la red asistencial con la red de servicios sociales y el desarrollo de recursos sociosanitarios.
- La regionalización de los procedimientos y, por tanto, de los recursos humanos y de equipamiento.
- La necesidad de integración de equipos multidisciplinares, procedentes de distintas profesiones y especialidades. Desarrollo de nuevas competencias profesionales. Rediseño de las especialidades.
- La integración del paciente y, en su caso, familia y cuidadores en el proceso asistencial.
- La utilización de las TIC y la reingeniería de los procesos asistenciales.

Las estructuras del sistema sanitario deben cambiar para adaptarse a estas necesidades, que implican, asimismo, el abandono de cualquier pretensión de “modelo asistencial universal” que se adapte a cualquier necesidad. Los cambios estructurales que se precisarían serían:

1. Eliminar barreras entre atención primaria y especializada para desarrollar la red asistencial específica que provea la asistencia en el momento preciso y en el recurso adecuado, por lo que más que la previsión del artículo 15.1 de la Ley General de Sanidad: “una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho, en el marco de su Área de Salud, a ser atendidos en los servicios especializados hospitalarios”, se deben desarrollar criterios de derivación, y de actuación compartida en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes entre las unidades asistenciales y los profesionales de atención primaria.

En absoluto es necesario que las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de los profesionales de atención primaria deban ser superadas para derivar al paciente⁽¹²⁵⁾. Ni la derivación debe ser un acto

(125) Este comentario no debe ser leído en el sentido de eliminar la función del nivel de atención primaria como “puerta de entrada” al sistema, pues esta función es una ventaja para orientar eficazmente la atención al paciente.

burocrático, pues debería acompañarse de un contacto previo entre el médico general y el especialista de referencia que orientara el caso o, en casos de emergencia vital, de una alerta que dispusiera a la red para la más inmediata atención en el recurso más apropiado. Ni las unidades de atención especializada deben secuestrar al paciente, una vez que su proceso puede ser seguido por atención primaria o de forma compartida.

2. Desarrollar unidades de gestión clínica multidisciplinares, que superen las barreras entre especialidades médicas y profesiones (sanitarias y no sanitarias), así como la frontera del hospital, para abarcar al ámbito geográfico, poblacional y de recursos que la red asistencial específica precise.

3. Las redes asistenciales deben superar asimismo, en ocasiones, la tradicional división poblacional y territorial del área de salud, para tener una dimensión “regional” (por ejemplo, para la atención al cáncer, cardiopatía isquémica o ictus).

4. La configuración de las unidades de gestión clínica hospitalarias para adaptarse a estos cambios estructurales requiere de un cambio en la concepción tradicional del hospital, que ha sido mencionado en el apartado 3.2.3 comentando la “organización de los servicios clínicos en torno a los procesos asistenciales e integración en una red de servicios”. En esta nueva configuración la unidad de gestión fundamental sería la unidad de gestión clínica y el hospital la plataforma logística y tecnológica, de servicios de soporte (esterilización, farmacia, banco de sangre), de cuidados de enfermería y hostelería, así como el soporte de gestión para aquellas funciones que generen economías de escala para las unidades de gestión clínica (compras, por ejemplo) y las estratégicas (calidad, por ejemplo). Las estructuras de gestión piramidales actuales no se adaptan a esta configuración, debiendo adoptar un diseño matricial.

El cambio de modelo sanitario no debe suponer incrementos de costes sino, por el contrario, una mejora notable en la calidad asistencial y una reducción de costes innecesarios y perjudiciales: además de los señalados en la referencia a los pacientes crónicos (disminución de estancias en camas de hospitalización de agudos, reducción de efectos adversos de medicamentos), se pueden señalar la disminución de las urgencias hospitalarias, la reducción de la reiteración de consultas de especialistas innecesarias o la reducción del solapamiento de pruebas diagnósticas, además de las asociadas a una reducción (un objeto plausible es la eliminación) de las esperas inapropiadas y, de forma muy especial, la disminución del gasto farmacéutico en recetas médicas.

Como se ha señalado en el apartado 2.3.2, existe una notable diferencia entre España y otros países de la Unión Europea con servicios nacionales de salud en relación con el gasto farmacéutico, tanto en su proporción respecto al gasto sanitario como en gasto per cápita. Si mejorara la calidad y eficiencia del sistema sanitario, mediante el desarrollo de una atención sistemática y una reducción de la variabilidad injustificada en la práctica clínica, se podría esperar una mejora en el uso del medicamento recetas médicas, reduciendo en, al menos, cinco puntos el gasto por este concepto en el período considerado (2009-2017).

4.2.6 El factor humano

No es posible desarrollar una visión de futuro del sistema sanitario sin tenerla de su activo más importante, que son los recursos humanos. En un trabajo que se está realizando en la actualidad para el MSPS se señala que esta visión de futuro debe abarcar aspectos relevantes del diseño de la política de personal como son:

- Los valores y principios que informan a las profesiones sanitarias y la definición de sus competencias⁽¹²⁶⁾.
- La educación y formación para que el personal de salud adquiera, mantenga y actualice el conocimiento, las habilidades y las actitudes requeridas para la prestación de la asistencia en condiciones óptimas de calidad, seguridad y eficiencia.
- Los sistemas de selección, gestión y retención, incluyendo los instrumentos de desarrollo profesional e incentivos (monetarios y no monetarios) para que la práctica profesional sea eficiente, segura y de calidad.
- La flexibilidad en el diseño de los sistemas de planificación y gestión de recursos humanos, que permita tanto la adaptación de éstos a un entorno cambiante, como la mejor adaptación de las distintas trayectorias personales y profesionales a las necesidades del sistema. Aspectos como la feminización de las profesiones sanitarias, la evolución de la productividad o la necesidad de dedicar (invertir) tiempo para actualizar o adaptar competencias profesionales deben ser tomados en consideración.

Como se ha mencionado en el análisis DAFO (apartado 4.1), la rigidez estructural, el funcionamiento burocrático y la dificultad para introducir mejoras en la eficiencia de gestión del sistema, afectan a la gestión de sus recursos humanos, lo que coincide con el análisis realizado en el apartado 3.2.2 sobre la profundización de la administración burocrática en la gestión del sistema sanitario, tanto asturiano como en el Sistema Nacional de Salud. Por una parte, estas debilidades se trasladan a las políticas de gestión de personal (selección, mantenimiento —incentivos— y capacitación), lo que puede estar relacionado con algunos de los síndromes que manifiestan los profesionales (desmotivación profesional), así como con la disminución de la productividad del sistema (apartado 2.2.5). Por otra parte, el funcionamiento burocrático-administrativo del sistema explica aspectos como la falta de autonomía de gestión y la escasa profesionalización de los gestores. Asimismo, se han señalado (2.1.5.2) los problemas relacionados con la regulación marco de las profesiones sanitarias y la segmentación geográfica del mercado profesional.

(126) Competencia profesional: el conocimiento, las habilidades y la actitud que habilitan a los individuos aprender y practicar medicina y satisfacer o exceder los estándares profesionales (Scientific Foundations for Future Physicians Committee, Association of American Medical Colleges).

Son numerosas las contribuciones sobre el médico¹⁶² u otros profesionales del futuro, cuyo análisis requeriría una extensión fuera del alcance razonable de este estudio. Por poner un ejemplo, algunos de los aspectos reseñados como relevantes por el *Postgraduate Medical Education and Training Board* del Reino Unido, que pueden aplicarse al conjunto de las profesiones sanitarias, son los siguientes¹⁶³:

- Los cambios en la asistencia y la configuración del sistema sanitario. Entre las que se puede mencionar (aunque no lo hace el PMETB) el papel del médico dentro de equipos multidisciplinares, el desarrollo de las redes asistenciales, la cooperación entre médicos generales y especialistas dentro de un continuo asistencial, etc.
- La mejora en la atención al paciente (mayor accesibilidad a la información, atención personalizada, participación en la toma de decisiones).
- El cambio en el conocimiento médico y la tecnología.

Los atributos que un grupo de expertos españoles requieren del perfil profesional del médico “del futuro” son¹⁶²:

- Un médico que trate enfermos, no enfermedades.
- Un médico con actitud crítica.
- Un médico comunicador y empático.
- Un médico responsable individual y socialmente.
- Un médico que tome buenas decisiones para el paciente y para el sistema.
- Un médico líder del equipo asistencial.
- Un médico competente, efectivo y seguro.
- Un médico honrado y confiable.
- Un médico comprometido con el paciente y con la organización.
- Un médico que vive los valores del profesionalismo.

Los contenidos de la educación del médico y otros profesionales de la salud, la definición de sus competencias profesionales, etc. son tareas que se tienen que desarrollar a nivel estatal. Asimismo, como se ha comentado en el apartado 3.2.2, el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SESPA desarrolla un conjunto de iniciativas que caminan en el sentido adecuado, pero que probablemente tendrán dificultades para prosperar si no existe un cambio en la política de personal del Sistema Nacional de Salud. No obstante, desde la perspectiva de la Comunidad Autónoma, se debe hacer un especial esfuerzo (como prevé el Plan de Ordenación) en la formación continuada de los profesionales de la salud, lo que puede ser una inversión muy rentable, pero se deben prever los recursos precisos para ello⁽¹²⁷⁾.

(127) No es sencillo cuantificar el gasto en formación continuada dentro del Sistema Nacional de Salud. En las cuentas del SESPA, un 1,5% del gasto está destinado a este concepto, pero se trata probablemente de una infraestimación, pues una parte de las horas anuales contratadas, especialmente a los médicos, se dedican a formación (congresos y otras actividades) y las plantillas se dimensionan tomando en consideración esta circunstancia. El 10% de las horas semanales contratadas a los consultantes en el NHS inglés (40 horas a la semana) se dedican a actividades de desarrollo profesional (Repullo y Freire, 2009). Sería aconsejable que en el sistema sanitario español se contabilizara este gasto, así como su retorno para el propio sistema. Un objetivo podía ser gastar (invertir) en formación continuada un 10% del tiempo efectivo de médicos y un 5% del tiempo de enfermeras.

La planificación de recursos humanos es, asimismo, inseparable tanto del contexto general de la política de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud como de los cambios organizativos y de gestión del sistema sanitario asturiano. Es necesario que se revise a nivel nacional la asumida presunción de que faltan recursos médicos, cuando en las comparaciones internacionales este supuesto déficit no parece cumplirse⁽¹²⁸⁾. Por el contrario, parece existir (también en términos comparativos con ratios de otros países) déficit de personal de enfermería, que tenderá a agudizarse —como en otros países— por múltiples motivos¹⁶⁴, entre ellos el aumento de la intensidad tecnológica y de cuidados en los hospitales de agudos (acompañado de una reducción de la estancia media) y la extensión del papel de la enfermería en la prestación de asistencia.

Si bien la planificación de recursos humanos para la salud tiene una dimensión nacional, también depende de la organización y gestión de la que se dote el sistema sanitario público en Asturias. Aspectos abordados en este informe, como la creación de las redes sub-regionales, tienden a racionalizar el uso de los recursos humanos, así como —por ejemplo— la introducción de las TIC, el desarrollo de servicios de soporte comunes para varias áreas de salud o para el conjunto del sistema, etc. Por poner un ejemplo relativo a la utilización de las TIC y la señalada escasa presencia de reingeniería de procesos asistenciales en el Sistema Nacional de Salud, se puede mencionar el relativo a los “puntos de atención continuada” en el Principado de Asturias. De conformidad con la Memoria del SESPA para 2008 existen 91 puntos de atención continuada, más 12 servicios de urgencia de atención primaria. Una red de 103 servicios de urgencia de atención primaria genera, incluso tomando en consideración condiciones relativas a la dispersión de la población rural en Asturias, un importante gasto con escasa rentabilidad social. El *National Health Service* inglés ha creado *NHSDirect*, un “call center” (también accesible por Internet) gestionado por enfermeras que dan consejos de salud las 24 horas, que incluyen desde el autocuidado al consejo de recurrir a los distintos servicios del NHS. Un servicio de este tipo proporcionaría una más inmediata accesibilidad a los ciudadanos, tanto para problemas no graves (sólo un 2,2% de las consultas a los servicios de urgencia de atención primaria son derivadas a los hospitales) como para activar la red de emergencia a través del Servicio de Asistencia Médica Urgente. En el mismo sentido, la duplicación de dispositivos de urgencia de atención primaria y de hospital es escasamente justificable en muchos puntos geográficos, cuando en la actualidad, y a pesar del importante dispositivo de urgencias de atención primaria ya señalado, aproximadamente el 60% de las urgencias en los hospitales se pueden resolver como consultas.

Otro aspecto relevante, desde la perspectiva regional, aunque probablemente puede aplicarse al conjunto del Sistema Nacional de Salud, es la relación entre la Universidad y el sistema sanitario

(128) Las comparaciones de tasa de profesionales sanitarios entre países desarrollados (por ejemplo, los datos de la OCDE) tiene múltiples problemas de homogeneidad, no siendo entre ellos el menor la ausente comparación en términos de equivalentes a tiempo completo.

público de Asturias. La universidad forma a los profesionales de la sanidad asturiana y les transmite su cultura, tiene una notable influencia sobre la opinión en el Principado, nombra a un número importante de los responsables de las unidades hospitalarias y condiciona que el más importante centro de reproducción del conocimiento sanitario sea el HUCA. Asimismo, el balance de la dedicación de los profesionales con doble dependencia frecuentemente no está equilibrado, en generalmente en detrimento para el sistema sanitario. Todo ello motiva que la Universidad tenga un impacto considerable sobre el futuro del HUCA, la formación de los profesionales y la investigación y desarrollo, aspectos todos ellos muy relevantes para configurar el futuro de la sanidad asturiana.

Del mismo modo que al sistema sanitario público le es exigible que sirva a las necesidades y demandas de salud de los ciudadanos, a la universidad se le debe reclamar que contribuya activamente a la formación de los profesionales que mejor respondan a esas necesidades y demandas⁽¹²⁹⁾, así como añadir valor al desarrollo económico regional, colaborando con el sistema sanitario y la industria en la I+D+i. Para ello será preciso establecer unas sólidas relaciones entre sistema sanitario público y universidad, no subordinadas sino complementarias, en las que se logre una vinculación, necesaria para construir el mejor futuro para el sistema sanitario público de Asturias, entre educación y formación, entre teoría y práctica, entre estudiar y ser un profesional, que debe hacerse desde la coordinación y las sinergias necesarias con la independencia de cada institución.

En suma, una parte importante de los cambios precisos en el factor más importante para el futuro del sistema sanitario público en Asturias se dilucidará en el ámbito del Estado. Esta previsión no es óbice para que desde Asturias se impulse el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SESPA, se introduzcan aquellas mejoras organizativas y de gestión (incluyendo las TIC) que mejoren la productividad y eficiencia en la utilización de los recursos humanos y se haga una apuesta decidida por la formación continuada, tanto en el sentido de dedicar recursos como evaluando el retorno de esta inversión en términos de su rentabilidad social. El saldo neto en cuanto a coste es difícil de estimar, no disponiendo de datos confiables en relación con el gasto real actual en formación continuada. Una estimación razonable pudiera ser duplicar (llegar al 3% del gasto total) lo que en la actualidad se contabiliza como formación de personal sanitario, en el período considerado 2009-2017.

Las relaciones entre sistema sanitario y universidad y, dentro de ellas, el compromiso de la universidad para formar a los profesionales que el futuro demanda y para contribuir, junto con sistema sanitario y empresarial, en el desarrollo económico del Principado, se configuran asimismo como un factor clave de futuro.

(129) ¿En qué medida está la Universidad de hoy formando a los médicos del futuro?. Una respuesta a esta pregunta se podría construir contestando, por ejemplo y para el caso de los médicos, si, realmente, la Universidad se está esforzando en inculcar en los estudiantes los atributos requeridos del perfil profesional del médico futuro: que trate a enfermos y no a enfermedades, que tenga una actitud crítica, que sea comunicador, etc.

4.2.7 El cambio organizativo

Los cambios demográficos, tecnológicos y, como consecuencia de éstos, la necesidad de adoptar un nuevo “modelo” sanitario y de disponer de profesionales de la salud con nuevas competencias profesionales, requieren —a su vez— un cambio en las formas de organizar y gestionar los servicios sanitarios, que en lo que se refiere a su estructura, organización y funcionamiento han permanecido prácticamente sin cambios desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, en 1986.

En el Principado de Asturias se ha centrado el debate sobre la diferenciación de funciones y competencias entre la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y el SESPA. Como se ha comentado en el apartado 3.2.6 la separación de funciones tiene un carácter instrumental. Si el objetivo es —como se recomienda en este informe— alejar la gestión de los centros sanitarios del funcionamiento burocrático-administrativo, otorgándoles personalidad jurídica y autonomía de gestión, el mantenimiento del SESPA pudiera tener sentido si desarrollara las funciones, primero, de preparar a los centros para que pudieran desarrollar eficazmente la autonomía de gestión, así como dotarse de instrumentos de evaluación y control, y posteriormente desarrollar las funciones que pudieran corresponder a la función de “compra” de servicios a través de las áreas de salud.

El diseño de los cambios en la organización de la gestión de la asistencia sanitaria debe realizarse con la participación de todos los agentes implicados y especialmente administración, gestores y profesionales. Algunos puntos relevantes en relación con el cambio organizativo son los siguientes:

- La salud pública “es el conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población”⁽¹³⁰⁾, lo que implica que para estas actividades no deberían producirse diferencias en relación con el tipo de cobertura de asistencia sanitaria. El desarrollo de las actividades de salud pública no corresponden, en sí mismas, al SESPA, sino que éste debiera ser un instrumento para el desarrollo de las actividades (prevención individual) de salud pública, pero su iniciativa corresponde a la función de autoridad (Consejería de Salud).
- La relación de carácter “funcionario” de los médicos generales con el sistema sanitario público, su agrupación en equipos formados por la administración, en lugar de por la voluntad de los profesionales, y la dificultad para la libre elección de médico general son excepciones del Sistema Nacional de Salud respecto del resto de los países de la Unión Europea de los 15. La introducción de fórmulas organizativas tipo “Entidades de Base Asociativa”¹⁶⁵ puede abrir alguna alternativa a la fórmula tradicional (sería, en este sentido, profundizar en la configuración de los equipos de atención primaria como “unidades de gestión clínica”, que ha iniciado la Consejería de Salud y el SESPA), y permitir la comparación y evaluación de modelos.

(130) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

- Si el planteamiento realizado en el apartado 4.2.5 en relación con el cambio de modelo en el futuro del sistema sanitario público de Asturias es correcto, se deberían diferenciar dos tipos de centros de gestión, dentro de lo que actualmente está comprendido dentro de los hospitales. Una serían los hospitales como plataforma logística y tecnológica, de servicios de soporte, de cuidados de enfermería e infraestructura hostelera, y de soporte de gestión. Las otras unidades de gestión serían las unidades de gestión clínica. El SESPA “compraría” servicios a las unidades de gestión clínica, mientras que éstas comprarían servicios (de enfermería, hoteleros, tecnológicos, etc.) al hospital, quien a su vez requeriría de las unidades su participación en el desarrollo de las funciones estratégicas.
- Una organización profesionalizada precisa gestores profesionales, seleccionados en función de su capacidad, méritos y propuestas para mejorar la organización de que se trate. Los gestores deben ser reconocidos y retribuidos en función de las demandas que se le exigen, así como evaluados por el cumplimiento de los objetivos establecidos, que deben ser explícitos, y, en función de éstos, su mantenimiento, incentivos o cese. Estos criterios aplican tanto a los gestores de los centros como a los gestores de las unidades de gestión clínica.

El énfasis puesto por la Consejería de Salud y el SESPA en las unidades de gestión clínica está plenamente justificado, pues son éstas los auténticos centros de gestión del sistema. No obstante, es importante definir acertadamente estas unidades que, en el caso de las de atención especializada, pueden (y deben) extender su acción a más de un área y superar las barreras del hospital. Asimismo, se ha señalado (apartado 3.2.2) que es difícil que prosperen estas políticas en un marco en donde las unidades de gestión no tengan un traslado efectivo de responsabilidad y riesgo, para lo que precisan un suficiente margen de autonomía y un entorno no burocrático-administrativo, así como la dificultad de avanzar en una determinada Comunidad Autónoma, sin que exista una “masa crítica” en el Sistema Nacional de Salud.

4.2.8 La colaboración público-privada

La experiencia en España de colaboración público-privada es relativamente reciente. La fórmula más frecuentemente utilizada ha sido la de las concesiones hospitalarias (varios hospitales en la Comunidad de Madrid; nuevo hospital de Burgos; hospitales Son Dureta y Can Misses, en la Comunidad de las Islas Baleares), siendo hasta el momento las necesidades de financiación de las administraciones públicas y el deseo de no computar deuda pública el principal propulsor de estas experiencias.

La Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público ha introducido, para desarrollar fórmulas de colaboración público-privada, el procedimiento del diálogo competitivo, que permite desarrollar conjuntamente soluciones susceptibles de satisfacer las necesidades del sector público. La propia Ley tasa los supuestos de colaboración público-privada (artículo 11.1):

- a) La construcción, instalación o transformación de obras, equipos, sistemas, y productos o bienes complejos, así como su mantenimiento, actualización o renovación, su explotación o su gestión.
- b) La gestión integral del mantenimiento de instalaciones complejas.
- c) La fabricación de bienes y la prestación de servicios que incorporen tecnología específicamente desarrollada con el propósito de aportar soluciones más avanzadas y económicamente más ventajosas que las existentes en el mercado.
- d) Otras prestaciones de servicios ligadas al desarrollo por la Administración del servicio público o actuación de interés general que le haya sido encomendado.

Dentro de este marco legislativo, se pueden identificar algunos ámbitos de colaboración público-privada en el desarrollo de futuro del sistema sanitario en Asturias:

- La introducción y utilización de las TIC y del diagnóstico por la imagen.
- El desarrollo de la biotecnología y farmacogenómica. La creación y funcionamiento del centro de investigación biomédica, asociado al HUCA dentro del “cluster” de ciencias de la salud, podría realizarse mediante una forma de colaboración público-privada.
- Gestión integral del mantenimiento de instalaciones complejas.

4.2.9 La existencia de un Sistema Nacional de Salud cohesionado

Por las razones que se han apuntado en diversos apartados de este informe, la existencia —o no— de un Sistema Nacional de Salud cohesionado se considera un factor clave de futuro del sistema sanitario público de Asturias. Elementos determinantes de la sostenibilidad del sistema, como son la política de recursos humanos y la introducción de nuevas prestaciones, o la dificultad para impulsar los cambios precisos en el sistema sanitario público asturiano sin que exista un acuerdo a nivel nacional, aconsejan incluir este factor relevante.

4.3 Escenarios de futuro

La evolución de los factores considerados clave para el futuro del sistema sanitario público en Asturias determinará el escenario que encontrarán los ciudadanos del principado a medio plazo (2017-2025). La tabla que se expone a continuación ofrece, para cada factor clave analizado, dos escenarios, uno inercial y otro que, desde la perspectiva de este informe, sería el deseable para mantener el alto grado de legitimación social y mejorar la calidad del servicio, así como para mejorar la eficiencia y productividad del sistema sanitario público. La realidad a medio plazo será una combinación de la evolución de cada uno de los factores.

Factor	Escenario "inercial"		Escenario deseable	
	Situación 2017	Observaciones	Situación 2017	Observaciones
Crecimiento del gasto sanitario público	<ul style="list-style-type: none"> - Se mantiene la tasa de crecimiento del gasto (2002-2009). - El gasto sanitario público llega al 8,7% del PIB y al 53,2% de los presupuestos del Principado de Asturias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Probablemente no sostenible para la economía y los presupuestos públicos del Principado. 	<ul style="list-style-type: none"> - La tasa de crecimiento del gasto sanitario público permite mantener su peso actual sobre el PIB (7,5%) y los presupuestos del Principado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se hace compatible el mantenimiento de un sistema sanitario público universal, equitativo y de calidad con otras prioridades de política económica y social del Principado.
Evolución demográfica	<ul style="list-style-type: none"> - Ligero decrecimiento (-3%) de la población y aumento de la población mayor de 65 años. 		<ul style="list-style-type: none"> - Ligero decrecimiento (-3%) de la población y aumento de la población mayor de 65 años. 	<ul style="list-style-type: none"> - La incidencia de este factor sobre el gasto se sitúa en menos de un incremento del 2% en el periodo.
Expectativas de los ciudadanos	<ul style="list-style-type: none"> - Escasa libertad de elección. - Información relevante no accesible al ciudadano. - Sistema sanitario poco reactivo a las demandas de los usuarios. - El sistema y sus profesionales no fomentan la participación del paciente en la toma de decisiones. - Aumento del "consumismo" sanitario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deslegitimación progresiva del sistema. - Tendencia a la deserción de las clases medias acomodadas del sistema sanitario público. - Soluciones de "sanidad dual". 	<ul style="list-style-type: none"> - Se fomenta la libertad de elección guiada por información relevante. - Información accesible para los ciudadanos (comparación de indicadores relevantes). - Se fomenta la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su propia salud. - El sistema invierte en educación para la salud, el autocuidado y la implicación de los familiares como co-proveedores. 	
Innovación tecnológica	<ul style="list-style-type: none"> - Posición reactiva frente a la tecnología. - Compra en lugar de desarrollo tecnológico. - Escasa evaluación previa a su uso. - Atributos del sistema escasamente compatibles con el uso eficiente de la tecnología: rigidez, escaso desarrollo de equipos multidisciplinarios, falta rediseño de las competencias profesionales, formación continuada no sistemática y escasamente vinculada a las necesidades del sistema, creación de nuevos puestos y perfiles (acumulación) en lugar de su evolución y adaptación para incorporar los cambios tecnológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor gasto derivado de la incorporación y uso de las tecnologías. - Pobre desarrollo en I+D+i. 	<ul style="list-style-type: none"> - Posición proactiva frente a la tecnología. Inversión (además de compra) en desarrollo tecnológico. - Evaluación previa al uso de la tecnología. Sistema flexible, que permite la suma de esfuerzos del sector sanitario con la universidad y la empresa, desarrollo de equipos multidisciplinarios, rediseño de las competencias profesionales, formación continuada vinculada a las necesidades del sistema y rediseño de nuevos puestos y perfiles (evolución) para incorporar los cambios tecnológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Control racional del gasto inducido por la innovación tecnológica. - Contribución decidida del sistema sanitario público al I+D+i. - Uso de las tecnologías (en especial las TIC y diagnóstico por la imagen), junto con la reingeniería de procesos (especialmente los clínicos) para mejorar la calidad, seguridad y eficiencia del sistema, así como hacer que el sistema responda mejor a las demandas y preferencias de sus usuarios.

Factor	Escenario "inercial"		Escenario deseable	
	Situación 2017	Observaciones	Situación 2017	Observaciones
Modelo sanitario	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento del modelo actual, con una respuesta estándar para cualquier tipo de paciente/proceso. - Escasa o nula relación entre atención primaria y especializada. - Inexistencia o escasa presencia de redes asistenciales que superen las barreras de las áreas de salud. - Duplicación e ineficiencia de los "hospitales locales", así como otros recursos de equipamiento y humanos. - Escasa o nula relación entre sistema sanitario y servicios sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento del número de consultas, urgencias hospitalarias y exploraciones complementarias innecesarias. - Estancia media prolongada en hospitales de agudos. - Pacientes crónicos complejos hiperfrecuentadores. - Crecimiento continuado del gasto en recetas médicas. - Variabilidad no justificada en la práctica clínica. - Calidad mejorable, baja eficiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminación de barreras entre atención primaria y especializada para desarrollar la red asistencial específica que provea la asistencia en el momento preciso y en el recurso adecuado (incluyendo recursos sociales). - Desarrollo de dispositivos sociosanitarios. - Desarrollo de unidades de gestión clínica multidisciplinarias, que superen las barreras entre especialidades médicas y profesiones (sanitarias y no sanitarias), así como la frontera del hospital, para abarcar al ámbito geográfico, poblacional y de recursos que la red asistencial específica precise. - Las redes asistenciales superan, cuando preciso, la tradicional división poblacional y territorial del área de salud, para tener una dimensión "regional" (por ejemplo: las redes asistenciales para la atención al cáncer o a la cardiopatía isquémica). - Unidades de gestión clínica como centro nuclear de gestión, el hospital como "plataforma". 	<ul style="list-style-type: none"> - Se evitan las consultas, urgencias hospitalarias y exploraciones complementarias innecesarias. - Disminución de la estancia media en hospitales de agudos. - Asistencia sistemática a grandes bloques de pacientes/procesos (paciente crónico, cáncer, etc.). - Disminución de los ingresos y estancias hospitalarias y urgencias en los pacientes "pluripatológicos". - Reducción de la variabilidad en la práctica clínica. - Disminución del peso gasto en recetas médicas sobre el total. - Aumento de la calidad y de la eficiencia.
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Relación burocrático-administrativa de los profesionales con el sistema. - División del trabajo basada en competencias administrativas. - Práctica ausencia de incentivos. - Universidad escasamente comprometida con la necesidad del sistema sanitario (reproducción del conocimiento "tradicional"). - Formación continuada no sistemática (ni contemplada como inversión). - Carrera profesional como "escalafón". 	<ul style="list-style-type: none"> - Inadecuación de la formación de recursos con las necesidades del sistema sanitario. - Aumento espurio de las necesidades de recursos humanos. - Baja productividad. - "Desmotivación" 	<ul style="list-style-type: none"> - El médico como líder de un equipo multiprofesional. - Distribución de tareas basada en competencias profesionales. - Los incentivos discriminan positivamente a los profesionales que aumentan la calidad y eficiencia del sistema, generando una imagen a seguir. - Educación universitaria vinculada a las necesidades del sistema. - Formación continuada sistemática (contemplada como un inversión necesaria en capital humano) y vinculada a las necesidades del sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Profesionales con formación adecuada a las necesidades y demandas de salud. - Racionalización en el uso de recursos humanos. - Aumento de la calidad, eficiencia y productividad.

Factor	Escenario "inercial"		Escenario deseable	
	Situación 2017	Observaciones	Situación 2017	Observaciones
	<ul style="list-style-type: none"> - Rigidez en los sistemas de selección, contratación y jornada, que dificultan tanto el alineamiento de los profesionales con los objetivos del sistema como la acomodación del sistema a las preferencias y circunstancias personales. 		<ul style="list-style-type: none"> - Carrera profesional como mérito, reconocimiento y adaptación entre preferencias del sistema e individuales. - Flexibilidad en los sistemas de selección, contratación y jornada, que permiten el alineamiento de los profesionales con los objetivos del sistema como la acomodación del sistema a las preferencias y circunstancias personales. 	
Organización	<ul style="list-style-type: none"> - Inmovilismo. - Funcionamiento burocrático-administrativo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prolongación de las tendencias identificadas. - Incapacidad para alcanzar los objetivos de aumento de la calidad y eficiencia, mejora de la productividad y para hacer que el sistema responda a las demandas y preferencias de sus usuarios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se introduce mayor flexibilidad en el sistema. - Reformulación de roles entre Consejería (autoridad), SESPA (aseguramiento), Áreas de Salud (compra) y provisión de servicios (unidades de gestión). - Desarrollo y profundización de las unidades de gestión clínica, que pueden evolucionar hacia fórmulas más flexibles de relación con el sistema (EBA y otras fórmulas). - Gestión profesionalizada de las Áreas de Salud, hospitales y unidades de gestión clínica. - Reconocimiento social de la gestión y evaluación por cumplimiento de objetivos explícitos. 	
Colaboración público-privada	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazo. Toda forma de colaboración público-privada es una forma de "privatización" del sistema sanitario. 		<ul style="list-style-type: none"> - Se exploran fórmulas de colaboración transparentes que permitan incorporar el valor que puede aportar la iniciativa privada en la búsqueda de soluciones para los objetivos del sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> Áreas de posible colaboración: - Introducción y utilización de las TIC y del diagnóstico por la imagen. - Desarrollo de la biotecnología y farmacogenómica (Centro de Investigación Biomédica). - Gestión integral del mantenimiento de instalaciones complejas.

Factor	Escenario "inercial"		Escenario deseable	
	Situación 2017	Observaciones	Situación 2017	Observaciones
SNS	- No cohesionado	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de las disparidades entre Comunidades Autónomas. - Ausencia de instrumentos normativos y de una estructura de gobierno del Sistema Nacional de Salud que garanticen la cohesión. - Tensiones entre la planificación y demanda de profesionales y segmentación del mercado laboral. - Dificultad para establecer un debate político, que abarque al conjunto del sistema, sobre sus problemas y posibles soluciones. 	- Cohesionado	<ul style="list-style-type: none"> - Se desarrolla un debate, a nivel nacional, sobre la situación actual del sistema y posibles mejoras, facilitando su aplicación en los Servicios de salud de las Comunidades Autónomas. - Desarrollo instrumentos de cohesión que garanticen la igualdad efectiva de todos los ciudadanos en el territorio nacional. - La política de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud como prioridad.

4.4 Visión de futuro del SESPA. Resumen

1. Existe un alto nivel de acuerdo sobre la necesidad de desarrollar un debate sobre la situación actual del sistema sanitario público asturiano y la propuesta de medidas para garantizar su sostenibilidad.
2. Del mencionado debate se excluye cualquier hipótesis de cambio de un sistema que cuenta con un elevado soporte social y, en las comparaciones internacionales, tiene notables ventajas en relación con su eficiencia y equidad.
3. Existe una notable unanimidad en los aspectos que constituyen fortalezas del sistema sanitario público de Asturias: elevado nivel de satisfacción, importante infraestructura de recursos sanitarios (edificios, equipamiento, personal) y alta cualificación de los profesionales.
4. Se produce asimismo un importante nivel de acuerdo sobre cuáles son las debilidades, oportunidades y amenazas para el sistema, así como sobre algunas de las medidas a desarrollar.
5. El debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario público de Asturias (así como sobre el Sistema Nacional de Salud) debería de abordarse como una cuestión de Estado, comprometiéndose a todos los agentes relevantes (sociales, políticos y profesionales). El escaso compromiso de estos agentes es, a la vez, una amenaza y debilidad para el sistema.
6. Una lista tentativa de objetivos para poder someter a debate los medios para alcanzarlos puede ser la siguiente:

6.1 Adoptar las medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema, manteniendo sus principios básicos: centrado en la salud, universal y equitativo.

6.2 Hacer que el sistema sea más transparente y responda mejor a las necesidades y demandas de los ciudadanos.

6.3 Aumentar la calidad y seguridad del sistema sanitario, y

6.4 Mejorar su eficiencia, fomentando asimismo la participación de los profesionales en su gestión.

7. Se ha identificado un conjunto de factores clave para el futuro del sistema sanitario público en Asturias:

7.1 El entorno económico estará marcado por un crecimiento de la economía que no posibilitará el mantenimiento de las tasas de crecimiento interanual del gasto sanitario público experimentadas durante el período 2002-2009.

7.2 Crecimiento demográfico plano o ligeramente negativo y envejecimiento poblacional, que tendrá una leve incidencia sobre el crecimiento del gasto sanitario (aumento algo menor del 2% en 2017) y muy notable (alta prevalencia de enfermedades crónicas, fragilidad y dependencia) sobre el modelo de sistema sanitario, la relación entre éste y los servicios sociales y la necesidad de desarrollar recursos sociosanitarios.

7.3 Las demandas ciudadanas de capacidad de elección y transparencia de la información, de decisión, de inmediatez de respuesta y de mayor confortabilidad tenderán a aumentar en el inmediato futuro, y atenderlas será un factor crítico para la legitimación social del sistema.

7.4 La incorporación y utilización de la tecnología seguirá siendo un factor determinante de crecimiento del gasto sanitario. Para que la incorporación de tecnología se acompañe a la disponibilidad de recursos, así como para que la relación coste-beneficio sea adecuada y genere eficiencia, es recomendable evaluar la relación del coste-beneficio antes de su incorporación, así como que se introduzcan los cambios necesarios en la organización y gestión de los servicios.

7.5 Es preciso invertir en I+D+i. Un aspecto relevante para el impulso de una política de I+D+i en sanidad es la cooperación entre el sistema sanitario, la universidad y la industria. El desarrollo del “cluster” de ciencias de la salud asociado al nuevo HUCA podría favorecer esta estrategia, especialmente en relación con la biotecnología y farmacogenómica.

7.6 El cambio de “modelo” sanitario es una necesidad del presente y será clave en el futuro. Se han identificado algunas constantes que impulsan un cambio de modelo sanitario:

- La necesidad de desarrollar redes asistenciales específicas, que superan la barrera tradicional entre atención primaria y especializada.
- La coordinación de la red asistencial con la red de servicios sociales y el desarrollo de recursos sociosanitarios.
- La regionalización de los procedimientos y, por tanto, de los recursos de equipamiento.
- La necesidad de integración de equipos multidisciplinares, procedentes de distintas profesiones y especialidades.
- La integración del paciente y, en su caso, familia y cuidadores en el proceso asistencial.
- La utilización de las TIC y la reingeniería de los procesos asistenciales.

Las estructuras del sistema sanitario deben cambiar para adaptarse a estas necesidades, que implican, asimismo, el abandono de cualquier pretensión de “modelo asistencial universal” que se adapte a cualquier necesidad. Los cambios estructurales que se precisarían serían:

- Eliminar barreras entre atención primaria y especializada para desarrollar la red asistencial específica que provea la asistencia en el momento preciso y en el recurso adecuado.
- Desarrollar unidades de gestión clínica multidisciplinares, que superen las barreras entre especialidades médicas y profesiones (sanitarias y no sanitarias), así como la frontera del hospital, para abarcar al ámbito geográfico, poblacional y de recursos que la red asistencial específica precise.
- Las redes asistenciales deben superar asimismo, en ocasiones, la tradicional división poblacional y territorial del área de salud, para tener una dimensión “regional” (por ejemplo, para la atención al cáncer, cardiopatía isquémica o ictus).

7.7 La evolución de los recursos humanos será clave para el futuro del sistema sanitario público en Asturias. Sin embargo, los aspectos más relevantes de este factor (educación profesional, rediseño de las competencias profesionales), se dilucidarán en el ámbito nacional, o éste tendrá una gran influencia para hacer viables o no los cambios en el sentido de impulsar una relación más profesional, menos burocrático-administrativa. Esta previsión no es óbice para que desde Asturias se impulse el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SESPA, se introduzcan aquellas mejoras organizativas y de gestión que mejoren la productividad y eficiencia en la utilización de los recursos humanos. Las relaciones entre sistema sanitario y universidad y, dentro de ellas, el compromiso de la universidad para formar a los profesionales que el futuro demanda y para contribuir, junto con sistema sanitario y empresarial, en el desarrollo económico del Principado, se configuran asimismo como un factor clave de futuro.

7.8 El cambio organizativo será, asimismo, un factor importante para el futuro del sistema sanitario. El desarrollo de las unidades de gestión clínica, propiciado por la Consejería de Salud y el SESPA, puede impulsar una gestión más eficiente si se produce un traslado efectivo de responsabilidad y riesgo, para lo que precisan un suficiente margen de autonomía y un entorno no burocrático-administrativo. Asimismo puede ser difícil avanzar en una determinada Comunidad Autónoma, sin que exista una “masa crítica” en el Sistema Nacional de Salud.

7.9 La colaboración público-privada puede tener interés para la introducción y utilización de las TIC y del diagnóstico por la imagen, el desarrollo de la biotecnología y farmacogenómica (creación y funcionamiento del Centro de Investigación Biomédica), así como para la gestión integral del mantenimiento de instalaciones complejas.

7.10 Por último, se considera como un factor clave de futuro la existencia —o no— de un Sistema Nacional de Salud cohesionado.

8. Con los factores clave de futuro considerados se han establecido dos escenarios, uno inercial y el otro “deseable” desde la perspectiva de este informe.

Capítulo 5. Acciones propuestas para alcanzar el escenario más favorable

*El conocimiento no es suficiente, debemos aplicarlo.
La voluntad no es suficiente, debemos hacerlo.*

Goethe.

En la introducción a este informe se ha señalado la naturaleza esencialmente política del objeto del estudio, tanto en relación con el análisis de situación como en la formulación de propuestas. En los capítulos anteriores se ha realizado un recorrido que, partiendo de los antecedentes de la asistencia sanitaria pública en Asturias antes de la aprobación de la Ley General de Sanidad (1986), analizaba su evolución y tendencias a partir de la transferencia del INSALUD al Principado de Asturias en 2002 y evaluaba su situación actual (2009). Estos tres componentes constituyen el diagnóstico de situación que ha servido de base para analizar los factores clave de futuro. Se ha señalado la importancia de que, en el caso de que el Consejo Económico y Social del Principado de Asturias impulse un debate sobre la sostenibilidad y mejora de la sanidad pública asturiana, no se quemen etapas, recomendando construir primero una visión compartida por los agentes sociales, políticos y profesionales sobre la situación actual para, en una segunda e inmediata etapa, acordar las medidas a desarrollar para asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario público de Asturias como proveedor de servicios de un sistema universal, público y de alta calidad, basado en la necesidad y no en la capacidad de pago en el momento de uso.

Aunque el análisis desarrollado hasta este capítulo se considera, por las razones apuntadas, más relevante, pues un tratamiento eficaz se basa generalmente en un diagnóstico correcto, el alcance del encargo comprende también la elaboración de propuestas “que sirvan de base de debate para establecer un compromiso político con una visión de futuro centrada en la salud, y que esta visión pueda ser un instrumento de cambio para una sociedad (la asturiana) comprometida con su futuro, dinámica y abierta, igualitaria, así como competitiva y generadora de conocimiento”. Para sistematizar la exposición de estas propuestas se utilizarán las conclusiones a las que se ha llegado en el análisis de situación, incluyendo aquéllas que, partiendo del análisis de la sanidad pública asturiana, se refieren al conjunto del Sistema Nacional de Salud, por su influencia decisiva sobre la misma.

Los agentes sociales, políticos y profesionales que debieran llegar a un acuerdo por la sostenibilidad del sistema sanitario público en Asturias pueden considerar que algunas conclusiones a las que se ha llegado en el diagnóstico de situación de este informe son erróneas, se deben matizar, son irrelevantes o que faltan elementos importantes que se deben incorporar al mismo. Esta labor de

selección de los elementos relevantes del diagnóstico forma parte de la primera etapa de consenso que se recomienda. La impresión obtenida a lo largo de la elaboración del informe, recabando la opinión de los agentes sociales y personalidades es que es posible alcanzar un acuerdo sobre los elementos básicos del diagnóstico de situación, así como sobre un conjunto de medidas para garantizar su sostenibilidad y mejorar su calidad.

Traicionaría los objetivos de este informe que las propuestas que a continuación se exponen sean consideradas “recetas” para curar los males que aquejan o acechan al sistema sanitario público en Asturias. Las propuestas adquieren su razón en la medida que estén en relación con un análisis de situación compartido y su naturaleza en ser consideradas como elementos que pueden alimentar el debate sobre las medidas a adoptar. Las propuestas se formulan con la humildad de saber que no se mueven en el ámbito del conocimiento científico sino en el de los “juicios prudentiales” y de la experiencia del fracaso de los intentos de introducir cambios en el Sistema Nacional de Salud en la línea que los países más desarrollados de la Unión Europea han impulsado en sus servicios nacionales de salud.

El diagnóstico de situación del sistema sanitario público en Asturias se resumía en los siguientes aspectos, que servirán de guía para la propuesta de medidas:

- Sistema sanitario público asturiano no sostenible sin la existencia de un Sistema Nacional de Salud español cohesionado.
- Mayor dependencia de la cobertura sanitaria pública y menor recurso a la cobertura privada que la media de España.
- Muy alto nivel de legitimación social.
- Crecimiento del gasto sanitario público por persona protegida a una tasa, en términos constantes, superior a la del Sistema Nacional de Salud.
- Estabilidad en las tendencias de utilización de servicios y en la actividad global de los servicios sanitarios, con un incremento de la actividad ambulatoria (hospital de día, consultas y urgencias).
- La lista de espera, en términos agregados, no es un problema de la sanidad pública asturiana.
- Baja eficiencia hospitalaria. Escasa ganancia en eficiencia hospitalaria en el período 2001-2008.
- Disminución de la eficacia del nivel de atención primaria como “puerta de entrada” del sistema.
- Aumento del consumo de recetas por persona protegida y año.
- Disminución de la productividad, tanto en atención primaria como especializada. Aumento de los costes de personal del 35% (en términos constantes).
- No existe una red integrada de servicios.
- Problemas de eficiencia en los “hospitales locales”.
- Escaso desarrollo de sistemas regionales, tanto para las urgencias como en relación con los servicios de referencia.
- Profundización de la administración burocrática en la gestión del sistema sanitario.
- Dificultad para implantar las políticas de ordenación de los recursos humanos, propuestas por la Consejería de Salud y el SESPA.

- Gestión del cambio en el Nuevo HUCA.
- Introducción de las TIC sin acompañarse de una reingeniería de procesos de gestión clínica.
- El desarrollo del “mapa sanitario”, con la mimética traslación de la cartera de servicios de los “hospitales de área” a los hospitales locales.
- Esquema organizativo de “separación de funciones” (Consejería/SESPA).
- Sanidad pública asturiana con notable relevancia en la economía del Principado, con un efecto dinamizador, así como en inversión en I+D+i, probablemente débil.

5.1 Sistema sanitario público asturiano no sostenible sin la existencia de un Sistema Nacional de Salud español cohesionado.

La mayor parte de los problemas del sistema sanitario público de Asturias son compartidos con el Sistema Nacional de Salud. Asimismo, la viabilidad de la mayor parte de las medidas a implantar para garantizar la sostenibilidad y mejorar la calidad, seguridad y eficiencia del sistema en Asturias dependerá del medio ambiente que representa el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Propuesta: Si los agentes sociales, políticos y profesionales del sistema sanitario público asturiano consideran que éste es un problema relevante (como se defiende en este informe) deberían instar, a través de su participación en el Consejo Interterritorial y otros medios, que se debata en el ámbito nacional los objetivos e instrumentos para asegurar la cohesión del Sistema Nacional de Salud. Los aspectos a abordar a nivel estatal serían:

- La necesidad de un nuevo marco para el Sistema Nacional de Salud.
- Los derechos de los ciudadanos en relación con el Sistema Nacional de Salud como elemento central de la cohesión:
 - Prestaciones del Sistema Nacional de Salud.
 - Garantía de movilidad en todo el territorio nacional.
 - Garantías de tiempo.
 - Libertad de elección.
 - Garantías de calidad y seguridad.
 - Derecho a la información.
 - Participación social.
 - La política de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, como prioridad para el funcionamiento del sistema.

5.2 Mayor dependencia de la cobertura sanitaria pública y menor recurso a la cobertura privada que la media de España.

No se puede considerar un problema. España, a diferencia de los países más desarrollados de la Unión Europea con servicios nacionales de salud, no tiene cobertura pública universal, en el sentido de proteger al 100% de la población, ni en el de que todos los ciudadanos tengan en el mismo tipo de cobertura. Sin embargo, la consideración de este aspecto corresponde al ámbito estatal. En

los países con servicios nacionales de salud la cobertura privada tiene un carácter complementario del sistema sanitario público, pero no sustitutorio.

Propuesta: no requiere especial consideración desde la perspectiva de la sostenibilidad y mejora del sistema sanitario público del Principado de Asturias.

5.3 Muy alto nivel de legitimación social.

Es la fortaleza más relevante del sistema sanitario público asturiano. Las tendencias de futuro señalan un incremento de las demandas de los ciudadanos de capacidad de elección y transparencia de la información, de decisión, de inmediatez de respuesta y de mayor confortabilidad. Atender a estas demandas será un factor crítico para la legitimación social del sistema, en la medida que facilitará la adhesión de las clases medias acomodadas al sistema sanitario público.

El “consumerismo” sanitario es posiblemente un problema actual y un riesgo para la sostenibilidad. En parte puede estar alimentado por una retórica política que oculta que es imposible satisfacer todos los deseos⁽¹³¹⁾, así como por un modelo sanitario que alimenta este consumismo⁽¹³²⁾. Las medidas de restricción de la demanda tipo “copago” tienen importantes problemas desde la perspectiva de su efectividad e impacto sobre la equidad.

Propuestas:

- Introducir la libre elección de médico en atención primaria, que debería extenderse también a la elección de ginecólogo/matrona durante el embarazo.
- Poner a disposición de los ciudadanos los indicadores relevantes de calidad de los centros sanitarios/unidades de gestión clínica (tiempo de demora; estancia media para determinados procesos; indicadores de resultados), para poder elegir el centro/unidad de tratamiento en colaboración con el consejo de su médico de atención primaria.
- Invertir en formación de los profesionales de la salud para mejorar la transferencia de información a los pacientes, así como para fomentar la participación de éstos en la toma de decisiones.
- Invertir en educación para la salud, que incluya el uso adecuado de los servicios sanitarios y el fomento del autocuidado.
- Invertir en formación sanitaria de los cuidadores.

(131) Vidal-Beneyto J. La corrupción de la democracia. EL PAÍS, sábado 12 de diciembre de 2009.

(132) No es infrecuente que responsables políticos, gestores o clínicos señalen como logros el aumento de las consultas, de las urgencias, de las exploraciones complementarias o de los ingresos hospitalarios. El dotar de un recurso sanitario en un determinado municipio se ha convertido en un objetivo político, con independencia de consideraciones sobre su calidad, seguridad y eficiencia.

5.4 Crecimiento del gasto sanitario público por persona protegida a una tasa, en términos constantes, superior a la del Sistema Nacional de Salud.

Es, sin duda, la más grave amenaza para el sistema sanitario público de Asturias, pues compromete su sostenibilidad futura. El crecimiento del gasto sanitario público se debe acomodar al del PIB regional, no creciendo por encima de su participación actual sobre el PIB ni sobre los presupuestos del Principado. Para alcanzar este objetivo, aumentando la calidad de la asistencia prestada, es preciso aumentar la eficiencia y productividad del sistema sanitario público.

Propuestas:

- Fijar como objetivo que el gasto sanitario público no crezca por encima de su participación actual sobre el PIB ni sobre los presupuestos del Principado.
- La mayor parte de las medidas que se proponen en este informe, desde la inversión en educación para la salud hasta el diseño de un nuevo “modelo” sanitario inciden en mantener un crecimiento del gasto sanitario sostenible, que no comprometa a otras políticas públicas ni a la economía de la región.

Requiere del consenso entre agentes sociales, políticos y profesionales en reconocer esto como problema y fijar como objetivos la mejora de la calidad y el aumento de la eficiencia y productividad del sistema. Este consenso debe ser sólido, comprometiéndolo a todos los agentes, pues el análisis de los problemas y posibles medidas se debe basar en su relación con los objetivos mencionados. Si el sistema sanitario público es más eficiente contribuirá a mejorar la economía del Principado y a crear puestos de trabajo, si no lo es los destruirá.

5.5 Estabilidad en las tendencias de utilización de servicios y en la actividad global de los servicios sanitarios, con un incremento de la actividad ambulatoria (hospital de día, consultas y urgencias).

No existe ninguna razón que haga prever un incremento global de la actividad, salvo el derivado del envejecimiento de la población, a pesar de que las tasas de frecuentación hospitalaria tienden a ser más altas en otros países europeos con servicios nacionales de salud. El cambio de modelo sanitario que se propone más adelante debería reducir actividades innecesarias, por redundantes y no añadir valor a la calidad asistencial, como son la reiteración innecesaria (desde la perspectiva asistencial) de consultas de atención primaria y de asistencia especializada, la reiteración de pruebas diagnósticas, la frecuentación de urgencias de atención primaria y especializada, el uso no adecuado de medicamentos y disminuir la frecuentación y estancia media hospitalaria de los enfermos crónicos complejos. Por el contrario, debería seguir la tendencia al aumento de procesos resolutivos ambulatorios (hospital de día, cirugía mayor ambulatoria, cirugía mínimamente invasiva). De cumplirse estas previsiones, la calidad y seguridad de la asistencia mejorarán, reduciéndose la carga asistencial.

Propuesta: el cambio de modelo sanitario, en el sentido señalado en el apartado 4.2.5, debe mejorar la calidad y seguridad, reduciendo la carga asistencial.

5.6 Listas de espera.

Analizadas desde sus cifras “macro” y en comparación con las de los restantes Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, la lista de espera no es un problema relevante para el sistema sanitario público de Asturias. Sin embargo, es preciso profundizar en la identificación y corrección de posibles demoras con riesgos potenciales para la salud como las relacionadas con la sospecha, confirmación diagnóstica y tratamiento del cáncer.

5.7 Baja eficiencia hospitalaria. Escasa ganancia en eficiencia hospitalaria en el período 2001-2008.

La estancia media prolongada en los hospitales de agudos se debe considerar un problema relevante no solamente desde el análisis de la eficiencia del sistema sino también por la menor calidad de la asistencia y seguridad para los pacientes. Algunos factores que pueden explicar este hecho son sistémicos como, por ejemplo, los problemas de eficiencia de los hospitales locales, la inexistencia de una atención sistemática a los pacientes crónicos o la escasez de recursos sociales intermedios y de recursos sociosanitarios, mientras que otros factores son organizativos como, por ejemplo, la falta de planificación del alta hospitalaria, la demora en la intervención a pacientes con urgencias quirúrgicas diferidas, la falta de disponibilidad de pruebas o exámenes complementarios, o el que no se realice el pase de visita diario, incluyendo los sábados y festivos.

Propuestas: la disminución de la estancia media ajustada por complejidad por debajo de la media del Sistema Nacional de Salud debe ser una prioridad para el futuro del sistema sanitario público de Asturias y, como tal, trasladada a los equipos directivos de los hospitales y a las unidades de gestión clínica o servicios. Ésta probablemente debe ser la primera medida, otras que pueden contribuir al logro de este objetivo son:

- Desarrollar una atención sistemática al paciente crónico (unidades de pacientes pluripatológicos).
- Regionalizar las urgencias quirúrgicas.
- Sustituir camas de hospitales de agudos por recursos sociales intermedios y sociosanitarios (unidades de convalecencia, cuidados paliativos).
- “Benchmarking”, de la estancia media por los procesos (GRD), de los hospitales de la red hospitalaria de utilización pública de Asturias con los del Sistema Nacional de Salud.
- Planificación sistemática del alta desde el ingreso de pacientes con riesgo de prolongación “social” de la estancia.
- Rediseño de los procesos de soporte clínico (apoyado en las TIC) para asegurar que no son un “cuello de botella” y que no demoran la estancia.
- Asegurar que se realizan los pases de visita diarios, incluyendo sábados y domingos.

5.8 Disminución de la eficacia del nivel de atención primaria como “puerta de entrada” del sistema.

El aumento de las consultas de atención especializada y de las urgencias hospitalarias refleja una disminución de la eficacia de la atención primaria como puerta de entrada del sistema. La inexistencia de una atención sistemática al paciente crónico puede explicar en gran medida este hecho.

Propuesta: desarrollar una atención sistemática al paciente crónico. Implantar las unidades de pacientes pluripatológicos y extender esta experiencia a los pacientes crónicos con afectación sistémica.

5.9 Aumento del consumo de recetas por persona protegida y año.

El elevado consumo (y gasto) en recetas médicas debe ser considerado —como la estancia media prolongada en los hospitales de agudos— un problema relevante no solamente desde el análisis de la eficiencia del sistema sino también por la menor calidad de la asistencia y seguridad para los pacientes. La atención sistemática al paciente crónico puede contribuir a reducir de forma importante el uso inadecuado del medicamento.

Propuestas:

- La disminución del consumo (y gasto) en recetas médicas debe ser una prioridad para el futuro del sistema sanitario público de Asturias y, como tal, trasladada a los equipos directivos de Áreas y hospitales, así como para las unidades de gestión clínica o servicios hospitalarios o equipos de atención primaria. Una reducción de cinco puntos porcentuales sobre su peso actual sobre el gasto sanitario público es un objetivo plausible.
- Desarrollar una atención sistemática al paciente crónico (unidades de pacientes pluripatológicos). Implantar las unidades de pacientes pluripatológicos y extender esta experiencia a los pacientes crónicos con afectación sistémica.

5.10 Disminución de la productividad, tanto en atención primaria como especializada. Aumento de los costes de personal del 35% (en términos constantes).

El capítulo de personal ha sido el factor más importante de crecimiento del gasto durante el período 2002-2009. De cara al futuro, la sostenibilidad del sistema requiere tanto un control de los costes de personal como un aumento de su productividad. Aspectos relevantes para alcanzar este objetivo como son la legislación básica, la formación de los profesionales o el rediseño de las competencias profesionales, son competencias estatales, y otros aspectos de la política de personal (selección, retribuciones e incentivos, jornada, carrera profesional), si bien son competencias de las Comunidades Autónomas están mediatizadas por las políticas que se hacen en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Algunas medidas de mejora de carácter general recomendadas en este informe pueden contribuir de forma relevante a la mejora de la eficiencia y productividad de los recursos humanos como son el cambio de “modelo” sanitario, la creación de sub-sectores sanitarios y el desarrollo de redes asistenciales. Dos iniciativas de la Consejería de Salud y el SESPA, que están iniciando su puesta en práctica: el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SESPA y las unidades de gestión clínica pueden tener una notable incidencia en la mejora de la productividad de los recursos humanos. Para que las unidades de gestión clínica alcancen el objetivo de un traslado efectivo de responsabilidad y riesgo, precisan un suficiente margen de autonomía y un entorno de gestión no burocrático-administrativo.

El rediseño de los procesos de gestión clínica, de la mano de las TIC, puede contribuir también al objetivo de mejora de la eficiencia y productividad de los recursos humanos.

Propuestas:

- El aumento de la eficiencia y productividad de los recursos humanos debe ser una prioridad para el futuro del sistema sanitario público de Asturias. Para ello, los distintos elementos de la política de recursos humanos (por ejemplo: selección, promoción, incentivos) deben estar alineados con estos objetivos.
- Implantar el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del SESPA.
- Implantar y extender la creación de áreas y unidades de gestión clínica. Determinadas unidades de gestión clínica deben tener un ámbito de actuación de una red sub-regional o para el conjunto del Principado.
- Utilizar las TIC con la reingeniería de procesos para mejorar la calidad de la asistencia y aumentar la eficiencia y productividad de los recursos humanos. Ejemplos de esta línea de trabajo son el desarrollo de redes asistenciales para determinados grandes grupos de procesos, el desarrollo de un centro consultor de diagnóstico por Imagen, mancomunar servicios de soporte clínicos y no clínicos o la creación de un “call-center” (tipo *NHSDirect*) y reordenando la red de servicios de urgencia.

5.11 No existe una red integrada de servicios.

5.12 Problemas de eficiencia en los “hospitales locales”.

5.13 Escaso desarrollo de sistemas regionales, tanto para las urgencias como en relación con los servicios de referencia.

Se han agrupado estos tres aspectos, que comprometen no solo la eficiencia del sistema sino también su calidad y la seguridad para los pacientes, porque las medidas a adoptar para mejorarlos son comunes.

La propuesta contenida en este informe es afrontar un cambio de “modelo” sanitario, desde el diseñado en la Ley General de Sanidad de 1986, basado en la separación de niveles y definición de

ámbitos geográficos y poblacionales de referencia (zonas básicas y áreas de salud) que responden de una forma uniforme para todo tipo de problemas, por otro, basado en la creación de redes asistenciales específicas por grandes grupos de procesos: atención sistemática de los pacientes crónicos, atención al cáncer, atención a la cardiopatía isquémica, sistemas integrales de urgencia (ictus, politraumatismos, síndrome coronario agudo), etc. que definen, para cada grupo de procesos, los protocolos de actuación de los profesionales de atención primaria y las unidades de gestión clínica de asistencia especializada, los criterios de derivación, la regionalización de los procedimientos y, por tanto, de los recursos, etc.

La creación de sub-redes regionales, que permitan a determinadas unidades de gestión clínica trascender los límites estrictos del hospital para apoyar la asistencia en las áreas de salud periféricas, facilitar —añadiendo al Mapa Sanitario una dimensión adicional— el desarrollo de redes de servicios.

Las TIC, desde la historia clínica digital a la videoconferencia, pasando por el teléfono móvil o el correo electrónico, la teleimagen, etc. tienen un papel relevante en el desarrollo de las redes asistenciales. Su implantación y desarrollo debe acompañarse de una reingeniería de los procesos asistenciales.

Los hospitales que sirven a las áreas de salud con poblaciones inferior a 100.000 habitantes, generalmente muy dispersa, rural y con alto nivel de envejecimiento, tienen problemas no solamente de eficiencia, sino también de calidad y seguridad. Las propuestas vinculadas a la creación de una red integrada de servicios: creación de sub-redes regionales, desarrollo de redes asistenciales, unidades de gestión clínica con ámbito de actuación en más de un área de salud y, dentro de este marco, implantación de las TIC y reingeniería de los procesos asistenciales, tienden todas ellas a garantizar una asistencia de calidad en estas áreas de salud, aumentando la eficiencia del conjunto del sistema.

Propuestas:

- Desarrollo de redes asistenciales para grandes grupos de procesos. Dar prioridad a la atención sistemática a los pacientes crónicos, así como a los sistemas integrales de urgencias (ictus, politraumatismo, síndrome coronario agudo).
- Creación de sub-redes regionales.
- Regionalización de procedimientos y, por tanto, de recursos, dentro del esquema de las redes asistenciales.
- Implantación de las TIC y reingeniería de procesos asistenciales.

5.14 Profundización de la administración burocrática en la gestión del sistema sanitario.

5.15 Dificultad para implantar las políticas de ordenación de los recursos humanos, propuestas por la Consejería de Salud y el SESPA.

Se han agrupado estos dos aspectos, que comprometen la eficiencia del sistema y también su calidad, porque las medidas a adoptar para mejorarlos son comunes.

Los instrumentos de la administración burocrática son un lastre para la gestión eficiente del sistema sanitario. La cada vez mayor penetración de este tipo de gestión, alimentada en ocasiones por el razonamiento de que un mayor control administrativo puede controlar el inmoderado crecimiento del gasto sanitario, ha mostrado su ineficacia. Este fracaso es debido a numerosas razones, siendo probablemente la esencial que la naturaleza del servicio no se compadece en nada con la burocracia administrativa (norma, competencia, órgano, control), pues su núcleo es profesional (estado del conocimiento científico y técnico, competencia profesional —conocimiento, técnica y actitud—, puesto de trabajo, revisión por pares) y, por tanto, sus instrumentos de selección, mantenimiento y capacitación de los recursos humanos diferentes. En el núcleo de la asistencia las normas no las dicta la Administración sino que la práctica correcta es definida por el estado del arte del conocimiento científico y técnico a través de las entidades científicas y sus órganos de expresión (revistas científicas), las guías de buena práctica profesional, etc. La forma de establecer la vinculación entre objetivos del sistema y desempeño profesional no puede ser, por tanto, un nombramiento (que establece una relación jerárquica imposible) sino un contrato. En la medida que la actividad asistencial se desarrolla en el seno de equipos multidisciplinares los contratos debieran contemplar esta dimensión colectiva o de integración en un equipo.

En ocasiones parece que se quiere establecer una incompatibilidad entre un Sistema Nacional de Salud universal y público con una relación no funcional de los profesionales con el sistema. La experiencia en países con servicios nacionales de salud de más larga trayectoria, como los del Reino Unido o Suecia, demuestra lo contrario. La relación funcional de los profesionales con el Sistema Nacional de Salud es la notable excepción, y no la regla. Proponer la revisión de este relevante aspecto para garantizar, no solo la sostenibilidad, sino también la calidad y eficiencia del sistema, no puede ser un atentado contra los derechos de los trabajadores, sino su defensa, pues el Sistema Nacional de Salud es una garantía de asistencia sanitaria de calidad especialmente para los grupos de población menos favorecidos.

Aunque no se corresponda con el núcleo de la actividad, carece de fundamento que las relaciones del personal auxiliar (administrativos, celadores, personal de cocina, lavandería, limpieza, mantenimiento, etc.) con el sistema sanitario público tengan un carácter funcional, así como que el sistema sanitario público deba gestionar directamente los servicios de soporte no clínico, si bien este aspecto está generalmente asumido, existiendo una tendencia hacia la “externalización” de este tipo de servicios.

El razonamiento empleado respecto de los profesionales sanitarios es aplicable a la vinculación entre el sistema sanitario y los gestores. Para profesionalizar la gestión es preciso, además de promover su reconocimiento social (incluyendo los aspectos retributivos, carrera profesional, etc.), que los gestores de los centros no sean “nombrados” sino que sean “contratados”, estableciendo unos objetivos explícitos y que sean evaluados en función del cumplimiento de los mismos.

El alejamiento de la administración burocrática de la gestión del sistema sanitario se ha tildado de “huida” del derecho administrativo y “privatización” del sistema. Ninguna de las dos imputaciones se sostiene. Las fórmulas contractuales que se desarrollen deberán estar, necesariamente, dentro de las previstas en la Ley de Contratos del Sector Público y no existe incompatibilidad alguna —como lo muestran los “*foundation trusts*” en el Reino Unido— entre devolución de autonomía y responsabilidad a los centros y la naturaleza pública, control social y evaluación y control por el *National Health Service*.

Las iniciativas en el sentido de “desburocratizar” la gestión del sistema sanitario público, aunque puedan ser competencia de las Comunidades Autónomas, son difícilmente viables en ausencia de un consenso en el ámbito del Estado, por lo que se sugiere que sea un tema a incluir en la agenda de debate nacional.

El desarrollo de las unidades de gestión clínica, propiciado por la Consejería de Salud y el SESPA, es, dentro del marco vigente, una vía para “descentralizar progresivamente las decisiones sobre la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica y dotar a las unidades asistenciales de la capacidad e instrumentos para planificar y gestionar sus actividades en beneficio del paciente dentro de un marco de recursos limitado y por lo tanto promocionar su autonomía y responsabilidad”, como señala el preámbulo del Decreto de su creación por el Principado.

Propuestas:

- Propiciar un debate a nivel nacional sobre la gestión en el Sistema Nacional de Salud⁽¹³³⁾.
- Implantar y extender la creación de unidades de gestión clínica.
- Promover el reconocimiento social de los gestores y tender hacia una relación contractual con objetivos explícitos y evaluación basada en su cumplimiento.

5.16 Gestión del cambio en el Nuevo HUCA.

El impacto del HUCA sobre el conjunto del sistema sanitario público de Asturias es todavía mayor que su peso (la cuarta parte) sobre el gasto sanitario público del Principado. Por ello no es exagerado afirmar que una gran parte de la sostenibilidad y mejora del sistema depende del éxito del nuevo HUCA, siendo éste el principal referente para el cambio.

(133) En cierta medida este debate está en la agenda política a través de la Proposición de Ley de modificación de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds (Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, 30 de mayo de 2008), aprobada el 24.11.09, que reza en su articulado: “La prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades exclusivamente públicas en los términos previstos en la Ley General de Sanidad”. No se conocen los argumentos técnicos ni la evidencia científica o empírica que sustentan esta proposición, pero sería deseable que en el debate político estatal participaran también los agentes políticos (Comunidades Autónomas) que tienen la competencia transferida de gestión de la asistencia sanitaria, así como los agentes sociales y profesionales.

El equipo directivo del HUCA ha realizado un notable esfuerzo para sentar las bases de gestión del cambio para que el nuevo HUCA sea realmente un nuevo hospital y no solamente un nuevo edificio. Entre los logros más remarcables se deben señalar la unificación de servicios y la creación de las áreas de gestión clínica. Asimismo, el mapa y rediseño de los procesos asistenciales pueden contribuir notablemente a la mejora de la eficiencia y calidad del centro e introducir los cambios precisos de cara al funcionamiento del nuevo hospital. La implantación de las unidades de gestión clínica y la aplicación de las medidas previstas en el Plan de Ordenación de los Recursos Humanos del SESPA son también acciones que, impulsadas por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y el SESPA y emprendidas por el equipo directivo del hospital, contribuirán a que el nuevo HUCA sea más eficiente y de mayor calidad.

La evolución de los indicadores agregados de actividad muestra, a pesar de su mejora, que existe todavía una importante distancia entre la situación actual y las previsiones en las que se basó el programa funcional del nuevo HUCA, por lo que en conjunción con las medidas que está implantando el equipo directivo del HUCA se debe establecer como prioridad —como en el resto de la red asistencial del SESPA— la reducción de la estancia media ajustada a la complejidad del “mix” de procesos atendidos.

La organización de las unidades de gestión clínica en relación con los procesos asistenciales debe tomar en consideración las propuestas sobre el cambio de modelo sanitario, la creación de sub-redes regionales y el desarrollo de redes asistenciales, muchos de los servicios o unidades del HUCA y todos los que son de referencia deben tener un ámbito de actuación que traspasa los límites estrictos de los edificios del HUCA.

En relación con el “cluster” de ciencias de la salud, la experiencia de HUCASENS debería extenderse a otros proyectos de colaboración entre el sistema sanitario, la universidad y la empresa privada, y especialmente a la creación del Centro de Investigación Biomédica.

Propuestas:

- Implantar y extender la creación de unidades de gestión clínica, que en numerosos casos deben tener un ámbito de actuación de red sub-regional o para el conjunto del Principado.
- La disminución de la estancia media ajustada por complejidad debe ser un objetivo prioritario para las áreas, unidades de gestión clínica y servicios del HUCA.
- El HUCA debería tener un papel relevante en el desarrollo de redes asistenciales y en el cambio del modelo sanitario. Los responsables de las áreas de gestión clínica creadas deben tener un papel de liderazgo en el desarrollo de ambos procesos.
- Crear el Centro de Investigación Biomédica dentro del “cluster” de ciencias de la salud con la colaboración del sistema sanitario, universidad y empresa.

5.17 Introducción de las TIC sin acompañarse de una reingeniería de procesos de gestión clínica.

La relación entre las TIC y la reingeniería de procesos asistenciales vinculada al cambio del modelo sanitario y el desarrollo de redes asistenciales ha sido comentada en otros apartados. Ejemplos son el desarrollo de redes asistenciales para determinados grandes grupos de procesos, el desarrollo de un centro consultor de diagnóstico por Imagen, mancomunar servicios de soporte clínicos y no clínicos o la creación de un “call-center” (tipo *NHSDirect*) y reordenando la red de servicios de urgencia.

5.18 El desarrollo del “mapa sanitario”, con la mimética traslación de la cartera de servicios de los “hospitales de área” a los hospitales locales.

Los problemas de calidad, seguridad y eficiencia que genera la mimética traslación de la cartera de servicios a los hospitales de área a aquellos que dan servicios a áreas de salud con poblaciones reducidas (menos de 100.000 habitantes), frecuentemente en zonas rurales dispersas y con población envejecida, ha motivado que, en ocasiones, se proponga la modificación del mapa sanitario de Asturias.

Propuesta:

La propuesta que se realiza en este informe es la creación de redes sub-regionales de forma que los hospitales generales de las Áreas I, II, VI, VII y VIII tengan como hospitales de referencia a los hospitales generales de agudos de las Áreas III, IV y V, con los que funcionarían de una forma integrada para complementar la cartera de servicios, desarrollar instrumentos conjuntos de calidad y de gestión clínica, lograr una utilización más eficiente de los recursos humanos y del equipamiento, y favorecer la formación continuada y la promoción de los profesionales que actualmente prestan servicio en los hospitales locales.

Una primera aproximación a la definición de las redes sub-regionales puede ser la siguiente:

- Hospital de Jario - Hospital de Avilés (Áreas I y III).
- Hospital de Cangas – Hospital de Langreo – Hospital de Mieres – HUCA (Áreas II, VII, VIII y IV).
- Hospital de Arriondas – Hospital de Jove - Hospital de Cabueñes (Áreas VI y V).

La ordenación propuesta, que sería respetuosa con el mapa sanitario actual, establecería tres niveles para la cartera de servicios de la atención especializada:

- Servicios de Referencia del Principado de Asturias.
- Servicios de Complejo Multihospitalario/Red sub-regional.
- Servicios de Área de Salud (hospitales locales).

5.19 Esquema organizativo de “separación de funciones” (Consejería/SESPA).

La posible duplicación de estructuras administrativas entre la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y el SESPA en un entorno de gestión burocrático-administrativa y para una Comunidad Autónoma de pequeño tamaño poblacional es un argumento para la reconsideración de la separación de funciones que la Ley 1/1992 estableció. La posición que se mantiene en este informe es considerar la conveniencia o no de mantener esta separación de funciones en la medida que se avance hacia una organización de la gestión sanitaria más flexible o, por el contrario, se continúe por la senda de la profundización de la administración burocrática en la gestión del sistema sanitario.

Si, como se propugna en este informe, se tiende hacia una organización de la gestión sanitaria más flexible, haciendo de las unidades de gestión clínica verdaderos centros de gestión, la propuesta sería mantener la diferenciación de funciones de autoridad de las de aseguramiento, desarrolladas respectivamente por la Consejería y por el SESPA. En este contexto las funciones del SESPA serían, primero, preparar a los centros y unidades para que pudieran desarrollar eficazmente la autonomía de gestión, así como dotarse de instrumentos de evaluación y control, y posteriormente desarrollar las funciones que pudieran corresponder a la función de “compra” de servicios a través de las áreas de salud. Manteniendo, en este contexto, un esquema de separación de funciones, es posible lograr una mayor integración de equipos y políticas utilizando un esquema similar al que se utilizó para el INSALUD desde la reorganización promovida por García Valverde, en la que el Secretario General de Asistencia Sanitaria era, a su vez, el Presidente Ejecutivo del INSALUD y las direcciones generales dependientes de esta secretaría lo eran también (para las funciones correspondientes) para esta entidad. El traslado de este esquema a la organización administrativa del sistema sanitario público de Asturias supondría la asunción, por parte del titular de la Consejería de Salud, de las funciones del director-gerente del SESPA.

Propuestas:

- Implantar y extender la creación de unidades de gestión clínica.
- Desarrollar contratos con los centros y con las unidades en un marco de autonomía de gestión y evaluación por objetivos⁽¹³⁴⁾.
- Mantener la diferenciación de funciones entre Consejería (autoridad) y SESPA (aseguramiento).
- Preparar, desde el SESPA, a los centros y unidades para que desarrollen eficazmente la autonomía de gestión, dotar al SESPA de instrumentos de evaluación y control de la gestión de centros y unidades, y para desarrollar las funciones de “compra” de servicios a través de las áreas de salud.
- Integrar equipos de la Consejería y el SESPA, asumiendo el titular de la Consejería de Salud las funciones de la dirección-gerencia de SESPA.

(134) Véanse las consideraciones en relación con este aspecto recogidas en relación con los puntos 5.14 y 5.15.

5.20 Sanidad pública asturiana con notable relevancia en la economía del Principado, con un efecto dinamizador, así como en inversión en I+D+i, probablemente débil.

El sistema sanitario público de Asturias forma parte de la economía productiva del Principado, su contribución a la generación de valor y empleo está directamente relacionada con su eficiencia y productividad, por lo que la mejora de ambas debe ser, como se ha señalado, un objetivo prioritario.

Una relación más estrecha del sistema sanitario público de Asturias con el resto de los sectores productivos y especialmente con la industria puede contribuir al desarrollo económico y científico del Principado. La colaboración público-privada puede tener interés para la introducción y utilización de las TIC y del diagnóstico por la imagen (reingeniería de procesos), el desarrollo de la biotecnología y farmacogenómica (creación y funcionamiento del Centro de Investigación Biomédica), así como para la gestión integral del mantenimiento de instalaciones complejas.

Propuestas:

- La mejora de la eficiencia y productividad del sistema como objetivos prioritarios de contribución del sistema sanitario público de Asturias a la economía productiva del Principado.
- Explorar formas de colaboración público-privada en:
 - Introducción y utilización de las TIC y del diagnóstico por la imagen.
 - Desarrollo de la biotecnología y farmacogenómica (creación y funcionamiento del Centro de Investigación Biomédica).
 - Gestión integral del mantenimiento de instalaciones complejas.

ABREVIATURAS

AISN. Administración Institucional de Sanidad Nacional.

ATHI. Agencia para la información en cuidados hospitalarios (Francia).

ATS. Asistente Técnico Sanitario.

CC.OO. Comisiones Obreras.

CESM. Confederación Estatal de Sindicatos Médicos.

CES-PA. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias.

CI. Consejo Interterritorial.

CMBD. Conjunto Mínimo Básico de Datos.

DAFO. Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades.

DUE. Diplomado Universitario en Enfermería.

EBA. Entidades de Base Asociativa.

FADSP. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

FEDEA. Fundación de Estudios de Economía Aplicada.

FENIN. Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria.

GRD. Grupos Relacionados por el Diagnóstico.

HES. Hospital Episode Statistics (Inglaterra).

HMO. Health Maintenance Organization (Estados Unidos).

HUCA. Hospital Universitario Central de Asturias.

I+D+i. Investigación, desarrollo e innovación tecnológica.

InEK GMBH. Instituto para los GRD (Alemania).

INE. Instituto Nacional de Estadística.

INGESA. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

INP. Instituto Nacional de Previsión.

INSALUD. Instituto Nacional de Salud.

IPC. Índice de Precios de Consumo.

IPPR. Institute for Public Policy Research (Reino Unido).

ISFAS. Instituto Social de la Fuerzas Armadas.

IU. Izquierda Unida.

MIR. Médicos Internos y Residentes.

MUFACE. Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado.

MUGEJU. Mutualidad General de Justicia.

MUMPAL. Mutualidad de Funcionarios de la Administración Local.

NHS. National Health Service (Reino Unido).

NICE. National Institute of Clinical Excellence (Reino Unido).

NQF. National Quality Forum (Estados Unidos).

NordDRG. Sistema de agrupación de procesos de países nórdicos (Finlandia, Noruega, Suecia).

NPSA. National Patient Safety Agency (Reino Unido).

OCDE. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

OPTI. Fundación Observatorio de Prospectiva Industrial.

PA. Principado de Asturias.

PACS. Sistemas de Archivo y Comunicación de Imágenes.

PIB. Producto Interior Bruto.

PMETB. Postgraduate Medical Education and Training Board (Reino Unido).

PNV. Partido Nacionalista Vasco.

PP. Partido Popular.

PSOE. Partido Socialista Obrero Español.

RNM. Resonancia Nuclear Magnética.

SADEI. Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales.

SALAR. Asociación de Autoridades Locales y Regionales (Suecia).

SBU. Consejo Sueco de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

SEMFYC. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

SESPA. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

SESPAS. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

SNS. Sistema Nacional de Salud.

SOE. Seguro Obligatorio de Enfermedad.

TAC. Tomografía Axial Computerizada.

TEJ. Tribunal Europeo de Justicia.

TIC. Tecnologías de la Información y Comunicaciones.

TSI. Tarjeta Sanitaria Individual.

UCD. Unión de Centro Democrático.

UE. Unión Europea.

UGT. Unión General de Trabajadores.

REFERENCIAS

- 1 Elola J. Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990). Madrid. FISSS. 1991.
- 2 Elola J. Política Sanitaria Española. Díaz de Santos. Madrid. 2001.
- 3 Rodríguez-Vigil JL. Integración o desmoronamiento. Crisis y alternativas del Sistema Nacional de Salud español. Civitas. 2008.
- 4 La Sanidad Pública en Asturias. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. Oviedo. 2003.
- 5 Gough I. Economic institutions and the satisfaction of human needs. J Econ Iss 1994;27:25-66.
- 6 Linz JJ. Política e intereses a lo largo de un siglo en España, 1880-1980. En: Pérez Yruela M y Giner S (Eds). El Corporatismo en España. Ariel. Barcelona. Capítulo II. 1988: 67-123.
- 7 Guillén A. La Construcción Política del Sistema Sanitario Español: De la Posguerra a la Democracia. Exlibris Ediciones. Madrid. 2000.
- 8 Somovilla M. Hospital General de Asturias. Crónica de un cuarto de siglo (1961-1986). Principado de Asturias. Consejería de Sanidad. 1987.
- 9 Jiménez Díaz C. La Historia de mi Instituto. Madrid: Paz Montalvo. 1965.
- 10 Figuera D. Seguridad Social (1982). Opinión de los médicos. Papeles de Economía Española 1982;12/13:452-3.
- 11 Martín López E. Seguridad Social, sanidad y servicios sociales en España. 1975-1982. En: Fundación FOESSA: Informe sociológico sobre el cambio social en España. 1975-1982. IV Informe FOESSA, Vol II. Euramérica:Madrid. 1983.
- 12 Infante A (Dir.). Cambio social y crisis sanitaria. Ayuso. 1975.

- 13 Lluch E. La "operación primavera" contra la Ley General de Sanidad. En: Ortega F, Lamata F. La década de la reforma sanitaria. Madrid:Exlibris. 1998, pp. 29-34.
- 14 Rodríguez-Vigil JL. El servicio público sanitario en Asturias. Origen y primer despliegue (1833-1930). Real Instituto de Estudios Asturianos. Principado de Asturias. Oviedo. 2007.
- 15 Navarro V, Elola J. Análisis de las políticas sanitarias españolas, 1975-1992. *Sistema* 1995; 126: 19-39.
- 16 Ortega F. Lo que pudo ser y no fue: el cambio en la gestión del Sistema Nacional de Salud. En: Ortega F, Lamata F. La década de la reforma sanitaria. Madrid: Exlibris. 1998, pp. 71-74.
- 17 González B, Urbanos RM, Ortega P. Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):82-9.
- 18 García J. Análisis de las reformas de la atención psiquiátrica y la salud mental en España. En: Ortega F, Lamata F. La década de la reforma sanitaria. Madrid:Exlibris. 1998, pp. 163-185.
- 19 Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y Recomendaciones. Madrid. Julio, 1991.
- 20 Elola J, Espadas L, Sevilla F. Aseguramiento como gestión del Sistema Nacional de Salud. Actividades y resultados en Insalud gestión directa 1992. *Presupuesto y Gasto Público* 1993, 10: 149-57.
- 21 González B, Barber P. Changes in the efficiency of spanish public hospital after the introduction of program-contracts. *Investigaciones Económicas*, 1996; 20: 377-402.
- 22 Ventura, Juan, González Fidalgo, Eduardo and Carcaba, Ana Isabel, Efficiency and Program-Contract Bargaining in Spanish Public Hospitals. *Annals of Public and Cooperative Economics*, Vol. 75, No. 4, pp. 549-573, December 2004.
- 23 Health care systems in transition. United Kingdom. European Observatory on Health Care Systems. 1999.
- 24 Glenngård A.H., Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health system review. Copenhagen: World Health Organization 2005.
- 25 Elola J. Health care system reforms in western European countries: the relevance of the health care organization. *Int J Health Serv* 1996;26:239-251.

- 26 Glennerster H, Matsaganis M. The English and Swedish health care reforms. *Int J Health Serv* 1994;24:231-35.
- 27 Glennester H, Le Grand J. The development of quasi-markets in welfare provision in United Kingdom. *Int J Health Serv* 1995;25:203-18.
- 28 Gordo JL. La estabilidad de los médicos. La OPE extraordinaria. *El Médico*. Anuario 2002. pp. 42-45.
- 29 Anexo. Situación actual y evolución de los servicios sanitarios asturianos. En: Libro blanco de los servicios sanitarios asturianos. Dirección General de Ordenación de Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Jornada final. Octubre 2000.
- 30 Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud. Datos y cifras. 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2003.
- 31 Cabiedes L. (Coord.). La financiación del sistema sanitario. En: Libro blanco de los servicios sanitarios asturianos. Dirección General de Ordenación de Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Jornada final. Octubre 2000.
- 32 INSALUD. Memoria 2001 (primer borrador). Comisión Ejecutiva (13 de marzo de 2002).
- 33 Barómetro Sanitario. 2008. Serie Histórica 1995-2008 de las principales variables. Instituto de Información Sanitaria. 2009 (www.msps.es).
- 34 Navarro C. Algunas consideraciones sobre la suficiencia de los recursos económicos para la sanidad. *RAS* 2004;2:463-84.
- 35 Rondinelli, D.A. Decentralization in developing countries, Staff Working Paper 581. Washington, DC, World Bank. 1983.
- 36 Mills A., Vaughan J.P., Smith D.L., Tabizadeh I. Health system decentralization. WHO. 1990.
- 37 Vransbaek K. Towards a Typology for Decentralization in Health Care. En: Saltman R.B., Bankauskaite V, Vrangbaek K. (Eds.). Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes Bankauskaite V, Saltman R.B.. Central issues in the decentralization debate. WHO. 2007. Chapter 3. págs. 44-62.
- 38 Elola J. La culminación del proceso de transferencias sanitarias: amenazas y oportunidades. *Rev. Fundación SIGNO*. Vol 3. Monográfico 1. Enero 2002. págs. 83-86.

39 Elola J. Las corporaciones locales en el Sistema Nacional de Salud. Gaceta Sanitaria 1992, 32:95-7.

40 Presentación. En: Libro blanco de los servicios sanitarios asturianos. Dirección General de Ordenación de Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Jornada final. Octubre 2000.

41 Servicios sanitarios en Asturias. Bases para un acuerdo. En: Libro blanco de los servicios sanitarios asturianos. Dirección General de Ordenación de Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Jornada final. Octubre 2000.

42 Guillén A. Los profesionales del sistema sanitario. En: Libro blanco de los servicios sanitarios asturianos. Dirección General de Ordenación de Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Jornada final. Octubre 2000.

43 Elola J (Dir). Informe sobre Cohesión Sanitaria en Europa para el Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008 (no publicado).

44 Roemer MI. Health care departments and medical care - world scanning. Am J Public Health 1960;50:154-60.

45 F. Sevilla, "La reforma de la Seguridad Social y la atención sanitaria". Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Numero Extraordinario Seguridad Social: Seminario sobre la Reforma de la Seguridad Social en tiempos de estabilidad y crecimiento económico, Santander 2005, Madrid 2006, 131-145.

46 Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 86/2006.

47 Segura A. Continuidad y Cambio. RAS 2007;5:623-34.

48 Rodríguez-Sanz M, Carrillo P, Borrell C. Desigualdades Sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas 1993-2003. Observatorio de Salud de la Mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

49 González B, Barner P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 90/2006.

50 Acuerdo 6/2009, de 15 de julio, para la reforma del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía. Consejo de Política Fiscal y Financiera. 15, julio 2009.

51 Grupo de Trabajo de la Conferencia de Presidentes para el Análisis del Gasto Sanitario Presidido por la IGAE. 2º Informe para el Análisis del Gasto Sanitario (1999-2005). Ministerio de Economía y Hacienda. Ministerio de Sanidad y Consumo. Septiembre 2007.

52 Menéndez Rexach A. Nuevos retos del Sistema Nacional de Salud. Derecho y Salud 2003; 11, nº 1 (Ejemplar dedicado a: XI Congreso de Derecho y Salud): 15-36.

53 Solozábal J.J. Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico. Documento de trabajo 89/2006. Fundación Alternativas. Madrid.

54 Beltrán J.L. Coordinación General Sanitaria. En: Ciudadanía Sanitaria: Oportunidades de actualización e integración normativa del SNS en el Siglo XXI. Derecho y Salud 2006; Volumen 15, Extraordinario Foro SESPAS-AJS. Págs. 5-10.

55 Repullo JJ, Freire JM. Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorando el balance entre los beneficios y los costes de la descentralización. Informe SESPAS. 2008;22 Supl 1:118-25.

56 González B, Barber P. Coordinación sanitaria. Recursos Humanos del Sistema Sanitario. En: Coordinación Sanitaria en España. "Hablemos claro". Jornada virtual organizada por la RAS, febrero 2007.

57 Elizalde M, Sánchez de la Nava JC, Mena MA. Estudio de las condiciones de trabajo, retribuciones y carrera profesional de los médicos en España. CESM, 2006.

58 Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid, 2009 (en prensa).
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf

59 Healy J, McKee M. The evolution of hospital systems. En: McKee M, Healy J. (Eds). Hospitals in a Changing Europe. Open University Press: Buckinham. 2002.

60 Jiménez A. El sector de la salud y la atención a la dependencia. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 111/2007.

61 Martín J.J. Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 14/2003.

62 Fernández A, Ortega M, Sevilla J. Población, Administración y Territorio en Asturias. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. Colección de Estudios. Número 6, Oviedo. 2007.

- 63 Memoria 2008. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. 2009.
- 64 Asistencia especializada. Actividad 2001. Evolución de indicadores 1991-2001. INSALUD. Madrid, 2002.
- 65 White KL (Ed). Health services research: An Anthology. Washington:PAHO. 1992, pág. xix.
- 66 Esping-Anderson G. The three worlds of the welfare capitalism. New York:Polity Press. 1990.
- 67 Gough I. Economic institutions and the satisfaction of human needs. J Economic Est 1994;27:25-66.
- 68 Alexandra Petrásová: Social Protection in the European Union. Eurostat. European Communities. 2007.
- 69 Wanless D. Securing our Future Health: Taking a Long-Term View. Final Report. The Public Enquiry Unit HM Treasury. April 2002.
- 70 Dixon A, Mossialos E. Health care systems in eight countries: trends and challenges. The London School of Economics & Political Science 2002.
- 71 Department of Health and Social Security. Sharing resources for health in England: report of the resource allocation working party. London: HMSO, 1976.
- 72 HOPE. DRGs as a financial tool. December, 2006.
- 73 The NHS Plan. A plan for investment. A plan for reform. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health By Command of Her Majesty July 2000.
- 74 Repullo JR, Freire JM. Médicos en cinco Sistemas Sanitarios Integrados Europeos. FISCAM. Abril/Mayo 2009.
- 75 Hervey T.K. EU law and national health policies: problem or opportunity?. Health Economics, Policy and Law (2007), 2: 1-6.
- 76 Van der Zee J, Kroneman MW. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. BMC Health Services Research 2007, 7:94. doi:10.1186/1472-6963-7-94.

77 Joumard I, André C, Nicq C, Chatal O. Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and efficiency. Economics Department Working Papers No. 627. OECD, 04-Aug-2008. Disponible en: www.oecd.org/Working_Papers.

78 Ferlie E, Shortell SM, "Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change", *The Milbank Quarterly*, 79(2):281-316, 2001.

79 Imison C. Hospital of the Future - How do we deliver it?. A Personal perspective.

80 Atención Primaria del S XXI. Análisis de situación. Octubre, 2006.

81 Bordoy JP, Gené J, Cámara C, Berraondo I, Puig J. Gerencia Única: una ilusión sin evidencia. Noviembre, 2005. (<http://www.svmfyc.org/Noticias/doc/Noticia1.doc>).

82 Melguizo M, Cámara Cristina, Martínez JA, López A, Prieto Asunción, García T, Cortés JA, Pérez Carmen (Coord.). Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

83 Supporting People with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to support local innovation and integration. Department of Health. 2005.

84 NHS. Modernisation Agency. Learning distillation of Chronic Disease. Management programmes in the UK. July 2004 (www.natpact.nhs.uk).

85 Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Managing chronic disease. What can we learn from the US experience?. King's Fund Research Paper. January 2004.

86 Rosen R, Asaria P, Dixon A. Improving Chronic Disease Management. An Anglo-American exchange. King's. Seminar Report. November 2007.

87 Posnett J. Are bigger hospitals better?. En: McKee M, Healy J. (Eds). *Hospitals in a Changing Europe*. Open University Press: Buckingham. 2002.

88 Farrington-Douglas J, Brooks R. *The Future Hospital*. IPPR. 2007.

89 Hospital volume and health care outcomes, costs and patient access. *Effective Health Care*. Nuffield Institute for Health, University of Leeds. NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. December, 1996.

90 Thiemann D.R., Coresh J, Oetgen W.J., Powe N.R. The association between hospital volume and survival after acute myocardial infarction in elderly patients. *N Engl J Med* 1999;340:1640-8.

91 Interpreting the Volume-Outcome Relationship in the Context of Health Care Quality. Hewitt M, for the Committee on Quality of Health Care in America and the National Cancer Policy Board. Workshop Summary by Institute of Medicine, Washington, D.C. 2000.

92 Birkmeyer J. y cols. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002;346:1128-37.

93 AHRQ. Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals - Volume, Mortality, and Utilization. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality. June 2002. Version 3.1 (March 12, 2007) (<http://www.qualityindicators.ahrq.gov>).

94 Gandjour A, Bannenberg A, Lauterbach KW. Threshold volumes associated with higher survival in health care: a systematic review. *Med Care*. 2003 Oct;41(10):1129-41.

95 Ministerio de Sanidad y Consumo. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009 (en prensa).

96 The Provision of Emergency Surgical Services: An Organisational Framework. The Royal College of Surgeons, 1997.

97 Estrategia de Atención al Ictus en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.

98 Celso B., Tepas J., Langland-Orban B., Pracht E., Papa L., Lottenberg L., Flint L. A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing Outcome of Severely Injured Patients Treated in Trauma Centres Following the Establishment of Trauma Systems. *J Trauma*. 2006;60:371-378.

99 Hildreth C.J. Effect of Trauma Center Designation on Outcome in Patients With Severe Traumatic Brain Injury. *JAMA* 2009; 301. 582.

100 DuBose J.D., Timothy T.Browder, Inaba K., Teixeira P.G.R., Chan L.S., Demetriades D. Effect of Trauma Center Designation on Outcome in Patients With Severe Traumatic Brain Injury. *Archives of Surgery*. 2008;143:1213.

101 Estrategia en Cardiopatía Isquémica del SNS. MSYPS. 2006.

102 Adams J, Feied C, Gillam M, et al. Emergency Medicine Information Technology Consensus Conference: Executive Summary. *Academic Emergency Medicine*. 2004;11:1112-13.

- 103 UTE Juan Navarro Baldeweg-Ángel Fernández Alba. Escuela Andaluza de Salud Pública. Plan Funcional HUCA. Gobierno del Principado de Asturias. Febrero, 2003.
- 104 Bodenheimer T. Coordinating Care - A Perilous Journey through the Health Care System. *N Eng J Med* 2008;358:1064-71.
- 105 Lunney JR, Lynn J, Hogan C. Profiles of Older Medicare Decedents. *JAGS* 2002;50:1108-1112.
- 106 Lunney JR; Lynn J; Foley DJ; et al. Patterns of Functional Decline at the End of Life *JAMA* 2003;289(18):2387-2392 (doi:10.1001/jama.289.18.2387).
- 107 IOM. Performance measurement: Accelerating improvement. National Academic Press. 2006. <http://www.nap.edu>.
- 108 Hornbrook M.C., Hurtado A.V., Johnson RE. Health Care Episodes: Definition, Measurement and Use. *Med Care Res Rev.* 1985;42:163-218.
- 109 Feachem R, Sekhri N, White K. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002;324:135-43.
- 110 Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data. *BMJ* 2003;327:1257.
- 111 Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Can the NHS learn from US managed care organisations?. *BMJ* 2004;328:223-225 .
- 112 Las TIC en el Sistema Nacional de Salud. El programa Sanidad en Línea. Red.es. Madrid. 2008.
- 113 Narváez MI, Toribio C. Ciencias de la Salud e-Salud 2020. Estudio de Prospectiva. Fundación OPTI y FENIN. Agosto, 2006.
- 114 National Leadership Network for Health and Social Care. Strengthening Local Services: The Future of the Acute Hospital. 21st March 2006.
- 115 Lewis B.L., Alexander J. A Taxonomic Analysis of Multihospital Systems. *Health Services Research* 1986;21:29-55.
- 116 Comprehensive Critical Care. A Review of Adult Critical Care Services. Department of Health. May, 2000.

- 117 Mushkin SJ. Health as an Investment, *Journal of Political Economy*, 1962;october:129-157.
- 118 Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Banco Mundial. Washington. 1993.
- 119 González Páramo J. sanidad, desarrollo y crecimiento económico En: López Casasnovas G (Coord.). Análisis económico de la Sanidad. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.1994, pags. pags. 183-201.
- 120 P.T.Bauer and B.S.Yamey. The economics of underdeveloped countries. The economics of underdeveloped countries. Lond.: Nisbet and Cambridge, U.P., 1957.
- 121 Lalonde M. Anew perspective on the health of canadians: a working document. Information Canada. Ottawa. 1975.
- 122 Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F. Improving health: measuring effects of medical care. *Milnak Quart* 1994;72:225-58.
- 123 García Delgado JL, Bandrés E. La sanidad como sector de actividad económica. En: López Casasnovas G (Coord.). Análisis económico de la Sanidad. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.1994, pags. 205-230.
- 124 Barea J, Pulido A. Interrelaciones económicas del sector sanitario público. Instituto Lawrence Klein. Universidad Autónoma de Madrid. Diciembre, 1993.
- 125 Parellada M, García G. La sanidad como sector económico: Modelo input-output y gasto sanitario. Análisis comparado para Alemania, España, Francia e Italia. En: López Casasnovas G (Coord.). Análisis económico de la Sanidad. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.1994, pags. pags. 231-244.
- 126 Parra F, Prieto AM, Zofío JL, Productividad total de los factores en la economía de Castilla y León. 8º Congreso (Valladolid, 2002), Cuantificación y Modelización de la Economía Regional I. Consultado en:
http://www.jcyl.es/jcyl/cee/dgeae/congresos_ecoreg/CERCL/CERC_815.HTM
- 127 Hidalgo A (Dir.-Coord.). Incidencia del gasto sanitario público en la economía y sociedad de Castilla-La Mancha. Aspectos cuantitativos y cualitativos. Consejo Económico y Social de Castilla-La Mancha. 2008.
- 128 Rubio MJ, Reyes F. El sistema de salud como dinamizador de la economía el caso del Servicio Galego de Salud. *Rev Adm Sanit.*200;6:741-9.

- 129 Cuentas regionales de Asturias 2005. Marco input-output. Contabilidad regional. SADEI. Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales. 2009. www.sadei.es.
- 130 OECD Factbook 2009: Economic, Environmental and Social Statistics - ISBN 92-64-05604-1 - © OECD 2009.
<http://titania.sourceoecd.org/vl=3909985/cl=11/nw=1/rpsv/factbook2009/07/01/01/index.htm>
- 131 Archontakis F. Health and Medical Research in Spain Health Research Observatory RAND Corporation. 2008.
- 132 Garcés F, Montero J, Vega M. Relevancia de la Biotecnología en España 2007. Fundación Española para el Desarrollo de la Investigación en Genómica y Proteómica (Genoma España). Octubre, 2007.
- 133 Camí J, Fernández MT, Gómez I. La producción científica española en biomedicina y salud. Un estudio a través del Science Citation Index (1986-1989). Med Clin (Barc) 1993; 101: 721-731.
- 134 Blendon RJ, Jovell A (Dir). Confianza en el Sistema Nacional de Salud. Resultados del estudio español. Harvard University School of Public Health. Fundació Biblioteca Josep Laporte. Universidad de los Pacientes. Universitat Autònoma de Barcelona. Abril, 2006.
- 135 Artells JJ, Jovell A, Navarro MD (Dir.). El Futuro del SNS: la visión de los ciudadanos. Fundación Salud, Innovación y Sociedad, Fundació Josep Laporte, Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), Foro Español de Pacientes, Universidad de los Pacientes. 2008.
- 136 Beltrán A, Forn R, Garicano L, Martínez MM, Vázquez P. Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. McKinsey & Company, FEDEA. 2009. (www.cambiosposible.es/sanidad).
- 137 Rusell E, Navarro V, Elola J. Costo compartido por el usuario en la asistencia sanitaria. La experiencia de Estados Unidos y su relevancia para España. Salud 2000;10:17-21.
- 138 Health-care spending: the quest for affordable costs and sustainable financing. En: Towards High-Performing Health Systems. The OECD Health Project. OECD, 2004. Chapter 4, págs.: 77-93.
- 139 Newhouse, JP. Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? Journal of Economic Perspectives, 1992;Vol. 6, Summer.
- 140 Aaron, H. Should Public Policy Seek to Control the Growth of Health Care Spending?. Health Affairs. 2003, January.
- 141 World economic outlook. Crisis and recovery. International Monetary Fund. April, 2009.

142 Cervera M, Herce JA, López G, Rodríguez G, Sosvilla S. Informe Final del Grupo de Expertos para la Evaluación del Desarrollo y Efectiva Aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Septiembre, 2009.

143 Casado D, Puig-Junoy J, Puig R. El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las Comunidades Autónomas. Fundación Pfizer, 2009.

144 Björnberg A, Cebolla B, Lindblad S. Euro Health Consumer Index 2009 Report. Health Consumer Powerhouse. 2009.

145 Davis R. Patient involvement in patient safety - the patient as part of the safety solution: how can patients be involved?. NLH Patient and Public Involvement Specialist Library (<http://www.library.nhs.uk/ppi/ViewResource.aspx?resID=273565&tabID=289>). Consultado el 05.01.09.

146 Singer PA, Martin DK, Kelner MK. Quality end-of-life care. Patients' perspectives. JAMA 1999; 281 (2): 163-8.

147 Teno JM, Fisher ES, Hamel MB, Coppola K, Dawson NV. Medical care inconsistent with patients' treatment goals: association with 1-year Medicare resource use and survival. J Am Geriatr Soc. 2002 Mar;50(3):496-500.

148 Jorcano JL, Garcés F, García L, Cabrera JA, Morato A. Impacto de la biotecnología en el sector sanitario. Tendencias tecnológicas a medio y largo plazo. OPTI y Genoma España. 2003.

149 García Berro M, Toribio C. El Futuro de la cirugía mínimamente invasiva. Tendencias tecnológicas a medio y largo plazo. Estudio de Prospectiva. Fundación OPTI y FENIN. Noviembre, 2004.

150 Narváez M, Merello E, Toribio C, Benlloch JM. Diagnóstico por imagen. Estudio de Prospectiva. Fundación OPTI y FENIN. Agosto, 2009.

151 Vega M, Ruiz Galán M. Farmacogenómica y medicina personalizada en la sanidad española. Estudio de Prospectiva. Fundación OPTI y Fundación Genoma España. Agosto, 2009.

152 Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

153 Guía de Recomendaciones Clínicas. Cardiopatía Isquémica. Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. 2005.

154 Guía de Recomendaciones Clínicas. Ictus. Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. 2005.

155 Unidad de Urgencias Hospitalarias. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. En elaboración.

156 Senate of Surgery of Great Britain and Ireland. Reconfiguration of surgical, accident and emergency and trauma services in the UK. Glasgow, 2004.

157 The Provision of Emergency Surgical Services: An Organisational Framework. The Royal College of Surgeons, 1997.

158 Acute health care services. Report of a Working Party. Academy of Medical Royal Colleges. September 2007.

159 Acute medical care. The right person, in the right setting - first time. Report of the Acute Medicine Task Force. Royal College of Physicians. October 2007.

160 Adams J, Feied C, Gillam M, et al. Emergency Medicine Information Technology Consensus Conference: Executive Summary. Academic Emergency Medicine. 2004;11:1112-13.

161 Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

162 El médico del futuro. Fundación Educación Médica. Enero 2009.

163 Future Doctors. A statement on the future of postgraduate medical education and training. Postgraduate Medical Education and Training Board. October, 2009.

164 Ann Page, Editor, Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses. Institute of Medicine. Washington, D.C.: The National Academies Press. 2004.

165 Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. Rev Adm Sanit. 2005;3:73-81.