

TEMA DE DEBATE: LOS RETOS ECONÓMICOS DE LA SANIDAD

Los retos económicos de la sanidad

José M. Domínguez Martínez

La sanidad en España: problemas, soluciones y retos

Alfonso Utrilla de la Hoz

La sanidad en España desde un punto de vista económico: problemas, soluciones y retos

José Luis Navarro Espigares

La sanidad en Andalucía: las Unidades de Gestión Clínica desde la óptica enfermera

M.^a Reyes Rodríguez Gilabert y Susana Rueda Pérez

¿Cómo evoluciona el gasto en sanidad en los países ricos? Cincuenta años en perspectiva

Agustín Molina Morales, Almudena Guarnido Rueda e Ignacio Amate Fortes

La sanidad en Andalucía: las Unidades de Gestión Clínica desde la óptica enfermera

M.^a Reyes Rodríguez Gilabert y Susana Rueda Pérez

Resumen: En esta nota se describe el Sistema Nacional de Salud y se profundiza en el marco legal y organizativo del Sistema Andaluz de Salud, desarrollando, desde la óptica enfermera los retos y desafíos que conlleva la transformación organizativa del mismo a través de las Unidades de Gestión Clínica.

Palabras clave: Unidad de Gestión Clínica; Andalucía; SAS; enfermería.

Códigos JEL: I10, I18.

La sanidad en Andalucía no es una realidad estática, ni cuenta con una larga trayectoria histórica, en tanto que es fruto de un modelo de sistema sanitario de creación reciente, como es el Sistema Nacional de Salud (SNS) español. Sin embargo, el Sistema Andaluz de Salud (SAS) cuenta con una legislación autónoma que lo regula y con una serie de características que lo distinguen de otros sistemas autonómicos, tanto por la estructura orgánica y funcional del mismo como por la amplia implantación de las unidades de gestión clínica (UGC) que inciden en la vertiente administrativa del modelo autonómico de manera significativa.

No se puede olvidar tampoco la juventud del SNS. En la mayoría de los países europeos, los modelos de conformación de los sistemas nacionales de salud han variado sensiblemente desde mediados del siglo pasado hasta la actualidad. Si nos fijamos en los países de mayor tamaño que constituyen la frontera sur de Europa (España, Italia, Portugal y Grecia), sus actuales sistemas sanitarios cuentan con una antigüedad que no abarca más de treinta años de media. Su reciente creación, la falta de proyectos con objetivos definidos a largo plazo y las variaciones de los planes estratégicos en los mismos nos indican que se encuentran aún en un periodo de revisión y consolidación que les auguran, si las partidas presupuestarias crecientes que los sistemas sanitarios de estos países demandan no lo impiden, un mayor desarrollo, tanto en

su vertiente presupuestaria y de gestión, como en el de la práctica médica y enfermera, pues cuentan ya con el marco regulatorio y de financiación desde el que articularse.

El SNS pertenece a un modelo de sistema nacional de salud dirigido a todos los ciudadanos, es gratuito y se financia a través de impuestos. Su naturaleza es semejante a los sistemas nacionales de salud de Inglaterra, los países nórdicos, Italia o Portugal (Guillén, 2006). Es el modelo opuesto al de los sistemas de salud constituidos como sistemas sanitarios de aseguramiento público de carácter profesional, basados en el aseguramiento de los trabajadores y de sus dependientes, como es el caso del modelo sanitario francés. Pero para poder hablar de la sanidad en España tenemos que recordar, para empezar, algunos de los elementos que han constituido nuestro sistema nacional de salud, como son la elección previa del sistema, las garantías legales que le dan base y el desarrollo legal que han servido de marco regulatorio al actual sistema sanitario.

La Constitución española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Además, en su artículo 148, recoge, dentro de las atribuciones de las comunidades autónomas, que éstas podrán asumir las com-

petencias en materia de sanidad e higiene, entre otras. Pero no es hasta la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, cuando se instaura el actual SNS, mediante la integración de los diversos subsistemas sanitarios públicos que existían con anterioridad a su constitución y, según se indica en su preámbulo, su finalidad es establecer *«la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución»*. Esta Ley, además, marca una serie de características fundamentales de nuestro SNS: se indica la financiación pública del mismo, su universalidad y la gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso; descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas; integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud, entre otros (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

El marco regulatorio ha ido acompañado de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas tanto fiscales como administrativas del nuevo sistema de financiación de Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía. La descentralización plena de los sistemas sanitarios se produce de forma plena a partir de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS. Aunque hay que indicar que esta descentralización, que existe de facto y que es un realidad, tanto por la cartera de servicios que ofrecen los distintos servicios autonómicos de salud como por los distintos enfoques, desarrollos administrativos, etc., cuenta con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que sirve como coordinador de las distintas políticas sanitarias emprendidas por el Ministerio de sanidad y las consejerías de salud de las comunidades autónomas. Una de las funciones últimas del CISNS no es otra que la de fijar unos mínimos comunes al conjunto de los servicios de salud autonómicos con el fin de garantizar el principio de igualdad que debe existir entre los ciudadanos de las distintas comunidades autónomas, principio que se está deteriorando de forma creciente (García, Sandra et al. 2010).

El modelo sanitario andaluz es un modelo de gran complejidad. En primer lugar, por la dimensión del territorio y población que tiene que atender (en 2011, una población estimada de más de 8,3 millones de personas) y en segundo, por la configuración geográfica del territorio, que obliga a una amplia red de centros de variado tamaño y configuración para garantizar la asistencia y gra-



titud universal. Este hecho, sumado a la amplia cartera de servicios que oferta, conlleva la partida presupuestaria más elevada de los presupuestos generales de la Junta de Andalucía (un 29,5 por ciento de los presupuestos consolidados en 2011). El Sistema Andaluz de Salud (SAS) se basa en dos estructuras operativas fundamentales: por un lado, en los centros de atención primaria, que se subdividen en centros de salud, consultorios locales y consultorios auxiliares, y por otro lado, en los centros de atención especializada, que se subdividen a su vez en centros de especialidades, hospitales del Sistema Andaluz de Salud, hospitales con concierto con la Consejería de Salud, y los centros denominados Centros Hospitalarios de Alta Resolución gestionados por Empresas Públicas (CHARE). La dimensión global del SAS, que tiene que atender una población similar a la de Austria, Bulgaria o Suecia, implica, a su vez, la existencia de una amplia masa de profesionales sanitarios y de otras áreas dependientes del SAS cuyos gastos de retribución y seguridad social reciben un 47,21 por ciento del total de presupuesto del SAS (año 2011).

Una vez establecido el marco legal del sistema andaluz de salud y las características básicas del modelo del sistema sanitario andaluz, se tiene que partir de la base de que los determinantes más importantes de la salud individual y colectiva, no dependen del sector salud, sino de una serie de factores, como son, fundamentalmente, la estructura piramidal de la edad de la población que atiende, los perfiles epidemiológicos, las características de-

mográficas propias de esta población atendida (la tasa de fertilidad, la esperanza de vida, etc.), el medio ambiente físico, el entorno socioeconómico, los hábitos de vida relacionados con los aspectos nutricionales de la población, el consumo de drogas (incluyendo dentro de las mismas al alcohol y el tabaco) y las políticas educativas destinadas a modificar los estos hábitos de salud nocivos, factores sociales que, considerados conjuntamente, son los que más influyen en el nivel de salud de las personas. Desde este punto de vista, la clave para mejorar la salud de la población reside en la atención a la reducción de las desigualdades socioeconómicas, en el aumento de la cultura sanitaria de la población con respecto a los autocuidados, en el ejercicio y desarrollo de la responsabilidad pública con respecto a la misma y en la protección del medioambiente en el que se desarrolla la vida de los ciudadanos (Hisao y Heller, 2007).

En el servicio sanitario actual, y más concretamente en el andaluz, aún es el médico el que decide sobre la persona enferma, siendo esta una característica de los servicios sanitarios basada en la autoridad profesional que da el conocimiento, pero no a través de la autoridad administrativa propia de una jerarquía organizativa que busca consolidar modelos de eficiencia establecidos en torno al binomio coste/beneficio, sin que este modelo suponga una merma en la calidad y cantidad de los servicios ofertados a los usuarios demandantes de atención sanitaria.

El modelo andaluz de salud, siguiendo las pautas que marcan el desarrollo de la medicina moderna, cubre su territorio de actuación a través de una red de centros que permiten un acceso razonablemente eficaz a la población que atiende. Pese a esta realidad de sobra conocida, los servicios de «cuidados» podrían mejorarse notablemente, ya que es un área donde persisten graves carencias que afectan al conjunto de la población atendida, pues el déficit existente en los mismos dejan desprotegidas a grandes capas de la población y causan un perjuicio a la sociedad de carácter económico, pues la mejora colectiva del nivel de salud repercute favorablemente en el aumento de la productividad de un país, contribuyendo, del mismo modo, a su riqueza.

Pero esta realidad repercute negativamente en la parte curativa de la atención sanitaria que, no podemos olvidar, es la finalidad objetiva de los modelos de atención sanitaria junto con el de la prevención, pues los denominados «cuidados» son el mayor consumo en la asistencia sanitaria

actual, debido a la prevalencia de los procesos crónicos y degenerativos frente a las enfermedades agudas e infecciosas (García Barreno et al. 2007). Dichos cuidados son precisados por los pacientes crónicos, los ancianos, enfermos mentales... colectivos en gran parte coincidentes, que precisan más «cuidados» que tratamientos. Este constituye el déficit de servicios más grave de la sanidad andaluza, déficit creciente y cada día de mayor importancia, pues está íntimamente relacionado con el envejecimiento creciente de la población (cuadro 1).

Cuadro 1: Esperanza de vida en Andalucía a partir de los 65 años

Esperanza de vida	
2002	17,93
2003	17,84
2004	18,23
2005	18,10
2006	18,82
2007	18,66
2008	18,89
2009	19,14

Fuente: INE.

Para subsanar este déficit, favorecer las políticas sanitarias que atienden a la prevención de los malos hábitos y que inciden en la defensa y promoción de los hábitos de vida saludable, es necesario mejorar la asistencia sanitaria focalizándola en la atención primaria y personalizando los cuidados de enfermería, dotando de más medios y mayor capacidad resolutive a la enfermería, reorientando su papel hacia los cuidados domiciliarios, a la promoción de la cultura sanitaria y de la prevención. De producirse este hecho se cambiaría la manera de entender la sanidad por sus usuarios y se produciría una disminución de los costes asociados al mismo, porque, en definitiva, cambiaría la cultura general del servicio sanitario que, en la actualidad, sitúa al paciente en el centro de todo el sistema sanitario, pero sin haber recibido una educación sanitaria en el primer estadio de su formación para que entienda y respete el bien común que es la recepción de atención sanitaria gratuita.

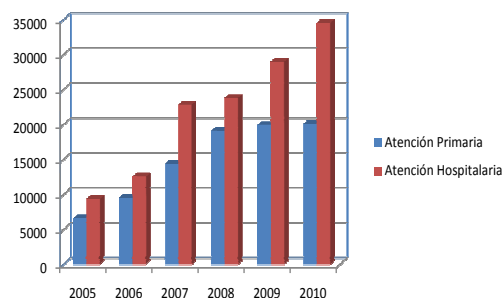
Este cambio sería posible si hubiera una reorientación del actual modelo basado en el criterio de autoridad del médico, que, no cabe duda, es quien está perfectamente cualificado para realizar una exploración, diagnóstico, tratamiento, derivación o cualquier solicitud de las pruebas que estime necesarias para una correcta actuación desde el pun-

to de vista clínico, aunque, sin embargo, cuando se trata de prácticas protocolizadas y consensuadas, pueden ser los profesionales de enfermería quienes, en colaboración con el facultativo, puedan dar respuesta a múltiples demandas de la población en materia sanitaria, tales como solicitudes de pruebas de control, revisiones de determinados tratamientos, valoraciones de riesgo, intervenciones básicas y avanzadas en tabaco, obesidad, consejos dietéticos, realización de test diagnósticos, informes de condiciones de salud para valoración del grado de dependencia, etc. de una mera más rápida, con menor coste y mayor eficiencia.

Actualmente los cuidados de enfermería comunitaria han ido ganando espacio en aspectos como la ampliación de funciones a las enfermeras y la accesibilidad de las personas a las consultas de enfermería donde se les ofrece la posibilidad de ser atendidos de manera más resolutive y finalista con un coste más económico. Se ofrece atención a las personas con patologías crónicas, a través de seguimiento en programas, citándolos para una atención individual o grupal, impulsándose la consolidación de políticas de promoción de la salud junto con la realización de programas educativos desarrollados por profesionales sanitarios, tanto en los ámbitos de cuidados de la salud, prevención o desarrollo de hábitos de vida saludable. Además, desde la entrada en vigor de la prescripción enfermera, se ofrece a la población la posibilidad de solucionar la demanda de productos sanitarios y determinados fármacos a través de la consulta de enfermería, aumentando, por un lado, la accesibilidad de los mismos a los usuarios, y, por otro, facilitando que el profesional de enfermería participe en el uso racional de los medicamentos.

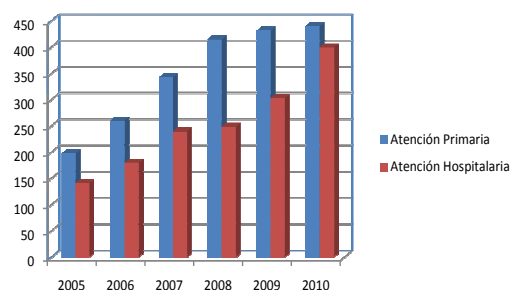
Todo esto ha sido posible por el desarrollo en Andalucía de un modelo de Unidades de Gestión Clínica (UGC) que supone una apuesta por un nuevo modelo, que pasa de un modelo organizativo tradicional de estructura piramidal, a un nuevo modelo que permite la convivencia, tanto de la innovación como de la descentralización en el interior de la red sanitaria andaluza y en los que se prima la autogestión y la investigación. Las Unidades de Gestión Clínica están basadas en la confianza del desempeño de la atención de las necesidades de salud de los ciudadanos desde un punto de vista administrativo y clínico en los profesionales que constituyen las UGC, basado en la asistencia multidisciplinar, corresponsable y en la autonomía de la toma de decisiones que impliquen el desarrollo de las políticas sanitarias establecidas (Gutiérrez, 2009).

Gráfico 1: UGC por atención primaria y hospitalaria
Años 2005-2010



Fuente: SAS.

Gráfico 2: Evolución en número de profesionales en UGC por atención primaria y hospitalaria por año
Años 2005-2010



Fuente: SAS.

Este modelo, que ha ido tomando un peso creciente en el SAS como modelo organizativo, ha impulsado que se incremente de manera significativa el número de UGC en el ámbito de la atención primaria y hospitalaria y, paralelamente, un aumento paralelo del número de profesionales del SAS adscritos a los mismos (gráficos 1 y 2).

Entre las ventajas que cuentan las UGC, se pueden destacar las siguientes (Román-Cereto y Sie-ring, 2005):

1. Prioriza la atención personalizada y el trato humano, y permite determinar los beneficios en la salud de la población, en términos de coste-beneficio.
2. Posibilita la optimización de recursos y el control de costes mediante el uso racional y consensado, basado en evidencias, de los recursos existentes.
3. Profesionales asistenciales: permite la autonomía en la relación profesional-paciente, contribuye al desarrollo de la carrera profesional, a la estandarización de cuidados y a la implemen-

tación de guías de práctica clínica que permiten establecer estrategias de «benchmarking» entre centros, unidades y profesionales en términos de coste-efectividad, posibilitando la derivación de recursos hacia las unidades que cuenten con déficit de los mismos.

Pese a las ventajas existentes, a priori, en las UGC, aún queda mucho camino por recorrer, sobre todo a la hora de llevar a la realidad comunitaria sus objetivos y formas de trabajo. Por ejemplo, sabemos que si se optimizarían los recursos de cada UGC mediante una adecuada política educativa sanitaria que lograra elecciones informadas en la demanda de servicios sanitarios, de tal forma que los usuarios de estos servicios solicitaran ser atendidos por el equipo sanitario (médico o profesional de enfermería) según su necesidad a atender, usando para ello la variedad de canales de comunicación existentes en la actualidad, primándose el uso de los servicios telemáticos, y si en este equipo sanitario se incluyeran a familiares, cuidadores, asociaciones, centros educativos y cualquier otra entidad local que pueda ayudar a conseguir una mejora de la salud, estaríamos hablando de mejor eficiencia.

Se debe potenciar el carácter multidisciplinar de las profesionales adscritos a las UGC, se tiene que dar la posibilidad de crear nuevas formas de gestionar las unidades administrativas y nuevas formas de llevar a cabo el desempeño de la actividad sanitaria por parte de los profesionales que conocen su área de trabajo y que son los únicos capaces de abordarlas con responsabilidad. Las UGC deben potenciar la inclusión de los profesionales en el ámbito de decisión de las mismas, para que se sientan partícipes y se motiven para seguir avanzando en su desarrollo profesional. Los nuevos desarrollos directivos y de participación profesional junto con la participación comunitaria, los estudios de prevalencia de enfermedades y mortalidad de la zona, tienen que realizarse horizontalmente en las UGC, de modo que se favorezcan los intercambios de información, para tener resultados en salud más eficiente y efectivos.

La selección de objetivos del grupo de profesionales que forma la UGC se debe realizar a partir de la integración consensuada de los objetivos previamente establecidos por las direcciones asistenciales de cada Área Sanitaria, englobando la asistencia en cualquier nivel. El objetivo común debe de ser aumentar los niveles de salud, constituyéndose de tal modo un marco global cuya función es ordenar el trabajo, monitorizar lo con-



seguido y permitir conducir la actividad de todos los profesionales aplicando modelos de eficiencia que permitan establecer un coste/beneficio de las acciones realizadas.

Otro eje fundamental para avanzar y mejorar en la sanidad andaluza en particular y española en general es el apoyo y el desarrollo de la investigación sanitaria. Es conveniente elaborar un plan al que todos los profesionales puedan acceder, mediante el cual reciban la formación y el asesoramiento necesario para iniciar y desarrollar investigaciones clínicas en los temas que repercutan de una manera directa en la salud de los usuarios de las UGC, pudiendo basarse estas investigaciones en la información real recabada en los centros sanitarios adscritos a una determinada UGC, con lo que se optimizarían los recursos, no teniendo que realizar análisis paralelos más que cuando no se disponga de datos objetivos para llevar a cabo dicha investigación, repercutiendo sus resultados de manera efectiva en la población a la que atienden.

Sabemos que queda mucho camino por recorrer y que el cambio organizativo en el que está inmerso el SAS resulta a veces difícil de gestionar, pero creemos que los resultados que se van obteniendo muestran el valor de este esfuerzo por sumar y por compartir la visión de los dos niveles asistenciales (Asistencia Primaria y Asistencia Especializada) en el área de conocimiento e intervención en Salud Pública. Para conseguir unas actuaciones entre los profesionales, organizadas y de calidad, existe actualmente un proceso de acreditación tanto de profesionales como de Unidades de Gestión Clínicas a través del cual —y con un servicio de seguimiento tutorizado de los profesionales—, se consigue unificar procedimientos, garantizando la equidad en los cuidados en todo el territorio y ofreciendo a las personas que lo precisan unos «cuidados excelentes».

No poder obviar que el uso de la tecnología ha provocado cambios significativos en los servicios sanitarios, tanto en tratamientos, diagnósticos, conservación de datos y comunicación entre profesionales, mejorando considerablemente la calidad de la atención sanitaria y la continuidad de los cuidados. Si bien estos cambios son positivos, plantean difíciles dilemas económicos, organizativos y éticos, tanto a los profesionales sanitarios como a los responsables de los servicios sanitarios. Por ello, el papel del «conocimiento» en la práctica médica y la necesidad de basar ésta en la mejor evidencia científica de efectividad y eficiencia, es uno de los temas de mayor calado en el día a día de los profesionales sanitarios.

Con el uso de Internet y de las redes sociales la población, en general, está cambiando la manera de comunicarse y de entender los protocolos que rigen las relaciones entre los ciudadanos y las instituciones. El personal sanitario debe adaptarse a la realidad que imponen estos medios para emitir mensajes de salud, de promoción y prevención de enfermedades hacia todas las personas, facilitando, además, que pueden consultar directamente sus problemas de salud a través de estos canales, sin necesidad de acudir a consultas presenciales, frecuentando los centros sanitarios sólo cuando precisen de una exploración o deseen consulta con presencia física.

Actualmente se está desarrollando la denominada «Comunicación 2.0». Entendemos que cuando tenga la enfermería suficiente masa crítica será capaz de provocar cambios importantes en la salud de la población. Ayudando a compartir y divulgar la información se abre, en definitiva,

una nueva oportunidad para crecer en el ámbito profesional, aumentando la visibilidad enfermera a través del equipo multiprofesional y la red que entretejen las UGC.

Referencias bibliográficas

GARCÍA-ARMESTO, S.; ABADÍA-TAIRA, B.; DURÁN, A. y BERNAL-DELGADO, E. (2012): España: Análisis del sistema sanitario. Sistemas sanitarios en transición, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, Reino Unido, 2010; págs. 1-240.

GARCÍA-BARRENO, P.; RUBIA-VILA, F. J. y SEGOVIA DE ARANA, J. M. (2007): La Sanidad en Europa. Fase 1, Comunidad de Madrid.

GUILLÉN, A (2006): Jornadas sobre la sanidad pública en España: reflexiones, Consejo Económico y Social del Principado de Asturias, Oviedo, 15 y 16 de marzo.

GUTIÉRREZ-PÉREZ, J. L. (2011): Servicio Andaluz de Salud, Información Básica 2010. Junta de Andalucía.

HSIAO, W. y HELLER, P. S. (2007): What Should Macroeconomists Know about Health Care Policy?, FMI.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, SNS, Madrid, 2006.

ROMÁN-CERETO M. y SIERING F. (2005): Argumentos para las unidades de gestión clínica, Enfermería Clínica, n.º 15(4), págs. 237-41.