

## **Editorial**

Gonzalo Castillo de la Arena 9

Iniciativas sobre el desarrollo de infraestructuras sanitarias.  
El Plan 2004-2007 de la Comunidad de Madrid y sus datos 11  
Comité de redacción Fundación Signo

## **Gestión clínica**

Implantación de la norma ISO 9001:2000 en un servicio clínico 25  
Valencia González-Anleo R, Gutiérrez del Olmo Galván A, Ramírez Armengol JA

Validación de los A.C.G. y G.E.R./C.N.A como herramientas de gestión  
y su comparación como sistemas de medida del producto en Atención Primaria 35  
Sánchez Aznar P, Marfull Villena C, González González AI,  
Ramírez Jiménez A, Martín Robledo E, Villares JE,  
Fabero Jiménez A, García López F, de la Puerta Calatayud ML

## **Política sanitaria**

El hospital como empresa ¿realmente es así? 49  
Elviro Peña FJ, Leube C

Nivel socioeconómico y demanda asistencial en Atención Primaria 61  
González Medel J, Fernández Ruiz ML, Sánchez Bayle M, Salcedo Mata JA,  
Villanueva Aranguren L, Furones Blanco F, Font Pérez R, García Lozano ML

## **Recursos humanos**

Conciliación de la vida personal, laboral y familiar, un equilibrio beneficioso 73  
Galvache C, Leube C

## **Opinión**

Insuficiente asistencia sanitaria al mayor en la Comunidad Madrileña 81  
Arbelo López de Letona A

## **Puntos de encuentro**

El valor añadido de las Sociedades Científicas a la gestión sanitaria 85  
Vera Ruiz C

Accesibilidad en los hospitales 97  
Rodríguez J

## **Fundación Signo**

VIII Jornadas Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios 2006 107

## **Normas para autores**

109

# Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios

Vol. 6 - Número 1 - Enero-marzo 2005



## Patronato de la Fundación Signo

Presidente: Alfredo García Iglesias. Secretario: Ángel J. Pérez Gómez. Vocales: Carmen Alberola Gómez-Escolar, Ignacio Ayerdi Salazar, Fernando Bandres Moya, José Barea Tejeiro, Javier Colás Fustero, Jordi Colomer Mascaró, Juan Fajardo Navarro, Diego Falcón Vizcaino, Carlos Fernández Rodríguez, Diego Gracia Guillén, Carmen Herrando de Larramendi Martínez, Eduard Jaurrieta i Mas, Orencio López Domínguez, Pablo López Arbeloa, Ginés Madrid García, Regina Múzquiz Vicente-Arche, Juan Ortiz Fuente, Luis Rodríguez Padiál, Gabriel Pérez Cobo, Ana Rubio de Pablo, Pere Soley i Bach, Concepción Vera Ruiz.

## Comité de redacción

Directora: Cristina Leube Jiménez. Coordinador editorial: Antonio Arbelo López de Letona. Director monográfico: Ángel J. Pérez Gómez.

Fernando Abellán-García Sánchez, Javier Barreiro González, Francisco Cárceles Guardia, Cristina Cuevas Santos, Ramón Gálvez Zaloña, Miguel García Rubio, J. Ramón González-Escalada Castellón, Juana M. Martí-Belda Torres, Roberto Martín Hernández, Juan José Muñoz González, Francisco Nieto Pajares, José Perales Rodríguez, Teresa Requena Caturla, Francisco Rivas Clemente, Francisco de Paula Rodríguez Perera, Germán Seara Aguilar, Soledad Zuzuarregui Girones.

## Colaboradores

José Luis Díaz Fernández (Andalucía), Miguel Carroquino Bazán (Aragón), Orencio López Domínguez (Asturias), Félix Mata Fuentes (Baleares), José Manuel Baltar Trabazo y Diego Falcón Vizcaino (Canarias), Francisco Cárceles Guardia (Cantabria), Sergio de Bustos Pérez de Salcedo y Carlos Fernández Rodríguez (Castilla y León), Ramón Gálvez Zaloña (Castilla-La Mancha), Pere Soley y Bach (Cataluña), Francisco de Paula Rivas Clemente (Ceuta y Melilla), Eduard Ferrer Albiach (Comunidad Valenciana), Francisco Javier Rubio Blanco (Extremadura), Jesús Caramés Bouzan y Pedro Molina Coll (Galicia), Javier Elviro Peña (Madrid), Domingo Coronado Romero (Murcia), Juan Pérez-Miranda Castillo (Navarra), Fernando Astorqui Zabala (País Vasco)

©Fundación Signo 2005

Edición, suscripción y publicidad: Fundación Signo. C/ Sor Ángela de la Cruz 24, esc B, 6.º J, 28020 Madrid. Tel.: 91 579 58 32 • [www.fundacionsigno.es](http://www.fundacionsigno.es)  
e-mail: [secretaria@fundacionsigno.com](mailto:secretaria@fundacionsigno.com)

ISSN: 1577-3558

Depósito legal: M-30689-2000

Soporte válido: 312-R-CM

Periodicidad trimestral

**Bases de datos:** Publicación incluida en Índice XXI-Directorio Nacional de Publicaciones. Solicitada inclusión en el Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS).

## Tarifa 2005

Suscripción individual (1 ejemplar): 40 €

Suscripción institucional (5 ejemplares): 190 €

Precio por ejemplar: 7 €

Realización: Exlibris Ediciones, S.L.

Imprime: Desk Impresores, S.L.

La revista *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* es una revista abierta a todas las opiniones, pero no necesariamente se identifica con las de sus colaboradores.



# Índice

## **Editorial**

Gonzalo Castillo de la Arena 9

Iniciativas sobre el desarrollo de infraestructuras sanitarias.  
El Plan 2004-2007 de la Comunidad de Madrid y sus datos 11  
Comité de redacción Fundación Signo

## **Gestión clínica**

Implantación de la norma ISO 9001:2000 en un servicio clínico 25  
Valencia González-Anleo R, Gutiérrez del Olmo Galván A,  
Ramírez Armengol JA

Validación de los A.C.G. y G.E.R./C.N.A como herramientas  
de gestión y su comparación como sistemas de medida  
del producto en Atención Primaria 35  
Sánchez Aznar P, Marfull Villena C, González González AI,  
Ramírez Jiménez A, Martín Robledo E, Villares JE,  
Fabero Jiménez A, García López F, de la Puerta Calatayud ML

## **Política sanitaria**

El hospital como empresa ¿realmente es así? 49  
Elviro Peña FJ, Leube C

Nivel socioeconómico y demanda asistencial en Atención Primaria 61  
González Medel J, Fernández Ruiz ML, Sánchez Bayle M,  
Salcedo Mata JA, Villanueva Aranguren L, Furonos Blanco F,  
Font Pérez R, García Lozano ML

## **Recursos humanos**

Conciliación de la vida personal, laboral y familiar,  
un equilibrio beneficioso 73  
Galvache C, Leube C

<b><i>Opinión</i></b>	
Insuficiente asistencia sanitaria al mayor en la Comunidad Madrileña Arbelo López de Letona A	81
<b><i>Puntos de encuentro</i></b>	
El valor añadido de las Sociedades Científicas a la gestión sanitaria Vera Ruíz C	85
Accesibilidad en los hospitales Rodríguez J	97
<b><i>Fundación Signo</i></b>	
VIII Jornadas Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios 2006	107
<b><i>Normas para autores</i></b>	109

# Contents

## **Editorial**

Gonzalo Castillo de la Arena 9

Healthcare infrastructures development initiatives.  
Madrid's region 2005-2007 plan and its data 11  
Editorial staff Signo Foundation

## **Clinical management**

ISO 9001:2000 standard: its' implementation in a clinical department 25  
Valencia González-Anleo R, Gutiérrez del Olmo Galván A,  
Ramírez Armengol JA

Assesment of A.C.G. and G.E.R./C.N.A. as management tools  
and comparison as measurement of product in Primary Care 35  
Sánchez Aznar P, Marfull Villena C, González González AI,  
Ramírez Jiménez A, Martín Robledo E, Villares JE,  
Fabero Jiménez A, García López F, de la Puerta Calatayud ML

## **Sanitary policy**

Hospital as a company: is it really this way? 49  
Elviro Peña FJ, Leube C

Socioeconomic level and demand in Primary Care 61  
González Medel J, Fernández Ruiz ML, Sánchez Bayle M,  
Salcedo Mata JA, Villanueva Aranguren L, Furonos Blanco F,  
Font Pérez R, García Lozano ML

## **Human resources**

Individual, familiar and labour life conciliation, a profitable advantage 73  
Galvache C, Leube C

## ***Opinion***

Insufficient care to the elderly in Madrid's Community Arbelo López de Letona, A	81
---	----

## ***Meeting points***

Added value of scientific societies to health management Vera Ruiz C	85
---	----

Accessibility in hospital Rodríguez J	97
--	----

## ***Signo Foundation***

VIII Meeting of management and assesment of health cost 2006	107
--	-----

<b><i>Guidelines for authors</i></b>	109
--------------------------------------	-----

## Gonzalo Castillo de la Arena

Astorqui F  
fundacionsigno@telefonica.net

El pasado día 28 de febrero falleció en Bilbao el doctor Gonzalo Castillo de la Arena. No hace apenas un año que se le detectó su enfermedad y en todos estos meses ha continuado dándonos lecciones de humanidad, serenidad y profesionalidad.

Probablemente la mayoría de los que nos iniciamos en la gestión sanitaria siendo médicos en la década de los 80 lo hicimos por alguna circunstancia especial y empujados siempre por algún "buen samaritano" que nos embarcaba en una aventura "siempre provisional" que posteriormente iba a desembocar en un rumbo diferente y "siempre definitivo" de nuestro quehacer diario en la práctica clínica.

En el caso de Gonzalo no fue así. Siendo un excelente pediatra-nefrólogo en el Hospital de Cruces, un buen día del año 86 se presentó en mi despacho de la Gerencia del Hospital de Cruces acompañado de un amigo común, diciéndome, *rara avis*, que se quería dedicar a la gestión. Entendía que había muchas cosas que mejorar en el hospital y quería desarrollar su labor en el centro con otro tipo de responsabilidades.

Después de unos meses de subdirector, pasó a ocupar la dirección del Hospital Materno-infantil de Cruces, aportando desde sus inicios su peculiar estilo de dirección, un entusiasmo y una entrega que nos contagiaba a todos, sobre todo en los malos momentos, que en aquella época compleja eran bastantes.

Desde sus inicios una de sus grandes preocupaciones era la formación; solía decir que, si como médicos nos habían formado bien, en el campo de la gestión teníamos mucho que aprender. Se apuntaba a todos los cursos y charlas que podía, asimismo le gustaba cualquier intercambio de información para mejorar en su trabajo.

Fue un colaborador entusiasta en el desarrollo del proceso transferencial a la sanidad vasca.

Tuve la suerte de seguir trabajando con él en las sucesivas responsabilidades que tuvimos que asumir en los años que conformaron el desarrollo de la sanidad pública vasca.

De los años 92 al 95 fue subdirector de asistencia hospitalaria del Área de Vizcaya, pasando posteriormente a la



Dirección de Gerencia de la misma Área.

Fueron años importantes en la sanidad vasca, cuando se desarrollaron el Plan *Osasuna zainduz* o las *Estrategias de cambio para la sanidad vasca*. Trabajo de aquellos años que puso las bases pioneras de una sanidad moderna, que fue valorada y en algunas líneas aplicada en otras comunidades autónomas. Fue un trabajo de muchas personas, pero en este pequeño recuerdo a la memoria del doctor Castillo justo es decir que aportó su "saquito de arena" y que la sanidad vasca le reconoce su generosa aportación.

En abril del año 97 es nombrado Director Gerente del Hospital de Galdacano, continuando en el mismo hasta su fallecimiento. Siete largos años en cuya labor continuaba con la misma ilusión que aquellos primeros años en que se inició en la gestión. En nuestros conceptos, que siempre comentábamos, era fundamental crear equipo, aglutinarlo, liderarlo, defenderlo y honrarlo con su amistad. Gonzalo hizo eso hasta sus últimas consecuencias. Tanto es así que los últimos 2-3 meses, cuando apenas salía de casa, iba al hospital todas las semanas a trabajar las pocas horas que podía.

Este último diciembre se celebró el XX aniversario de su hospital en un acto académico presidido por las autoridades sanitarias acompañando al doctor Castillo como responsable del centro con todo su equipo de dirección. Él intentaba como sólo él sabía hacerlo disimular y aguantar el tipo, sabiendo lo importante que era el acontecimiento. Al final se repartieron premios y recuerdos a los trabajadores antiguos. Aquellos días coincidieron con una importante huelga médica en toda la comunidad. Aun así, los médicos no fallaron al acto y

además le entregaron por sorpresa un recuerdo en nombre de los facultativos del hospital. Todavía recuerdo con tremenda emotividad los aplausos y las sensaciones que se vivieron en aquel salón de actos. Ni qué decir tiene que a Gonzalo no le sirvieron sus disimulos.

A pesar de todo este bagaje de gestión, creo que lo más destacable con diferencia en la persona de Gonzalo Castillo era su enorme calidad humana en el amplio sentido de la palabra. Y si de sentidos se trata, su sentido de la amistad y su sentido del humor eran dos de sus magníficos sentidos con los que nos hizo disfrutar a los que tuvimos la suerte de compartirlo.

He querido dejar para el final, en esta breve reseña de Gonzalo, su aportación a la Fundación Signo. Fue un motor imprescindible tanto de los talleres como de hospitales en obras. En las cuatro últimas jornadas formó parte del Comité Organizador en Canarias, Bilbao, Madrid y Toledo. Siempre trabajó al máximo acudiendo a las reuniones, participando en mesas y talleres y, como siempre, contagiando su gran ilusión en lo que se hacía.

En una de las últimas reuniones del Comité Científico de las Jornadas de Toledo, que celebrábamos en la Escuela Nacional de Sanidad, además de su participación en el Comité, preparaba con ánimo una mesa redonda, en la que habían trabajado miembros de su hospital dirigidos por él. Y en un momento de la reunión que estábamos "cuchicheando" con absoluta informalidad me dijo: "No sé si llegaré a Toledo".

Sentí como un escalofrío y por primera vez me di verdaderamente cuenta de que en poco tiempo iba a perder a un gran amigo.

# **Iniciativas sobre el desarrollo de infraestructuras sanitarias. El Plan 2004-2007 de la Comunidad de Madrid y sus datos**

Comité de redacción Fundación Signo  
*fundacionsigno@telefonica.net*

Queremos iniciar un pequeño espacio en la revista para analizar las nuevas actuaciones que sobre infraestructuras sanitarias están desarrollando las diferentes comunidades autónomas en nuestro país. Las limitaciones que impone la política económica comunitaria están obligando a buscar soluciones diferentes a la hora de afrontar las inversiones sanitarias. La fórmula, recogida y utilizada desde hace mucho tiempo en otros sectores productivos, recurre por ahora a la concesión administrativa, no obstante las especiales características del sector sanitario dificultan el pronóstico de los resultados a obtener. Ya en su inicio, la transferencia de riesgo que la Administración hacía hacia la iniciativa privada (cuya explotación quedaba a riesgo y ventura del concesionario y al pago de los posibles usuarios, las autopistas por ejemplo) queda, en nuestro caso, menos clara, puesto que el pagador seguirá siendo la propia Administración, lo que implicará modelos contractuales más complejos de gestión y seguimiento del riesgo, que al mismo tiempo aúnen la iniciativa pública y privada. En definitiva el reto es complejo, va a mover una gran cantidad de recursos y originará, sin duda, un nuevo marco donde pue-

dan desarrollarse otras iniciativas dentro de la gestión sanitaria.

En este primer acercamiento queremos mostrar en datos la iniciativa de la Comunidad de Madrid, que está desarrollando un Plan de Infraestructuras Sanitarias para el período 2004-2007, para "mejora y modernización de la red sanitaria pública". En el ámbito de la atención especializada se construirán ocho nuevos hospitales (incluyendo las nuevas instalaciones del Hospital Universitario Puerta de Hierro en Majadahonda).

El objetivo de la Consejería de Sanidad y Consumo es "reequilibrar, desde el punto de vista territorial, la red de hospitales, incidiendo así en el proceso de descentralización de los servicios de atención especializada, ya iniciado en años anteriores con la construcción de otros centros hospitalarios en municipios de la corona metropolitana, y aprovechar la oportunidad del plan para introducir mejoras en la prestación de los servicios sanitarios y acercar los servicios hospitalarios generales básicos a la población".

El proyecto aporta otra novedad en el sector sanitario de nuestro país: la uti-

lización del contrato de concesión de obra pública para la construcción y gestión de infraestructuras. Esta fórmula, utilizada en otros sectores y regulada por la ley 13/2003, puede permitir nuevas iniciativas de financiación y construcción denominadas en otros sistemas jurídicos como *Private Finance Initiative*, que aúnan la participación de la actividad pública y privada (*Public Private Partnership*) en la construcción y explotación de infraestructuras.

La modalidad de los *Public Private Partnerships* se ha reducido en España a la contratación de servicios generales; sin embargo, países como Reino Unido, Canadá, EE.UU. o Italia la han utilizado para disponer antes de las infraestructuras necesarias, gracias a la financiación privada, e intentando por esta vía de aunar instrumentos de gestión públicos y privados ofrecer un servicio mejor y más eficiente.

Por otra parte, es importante considerar que la financiación que se obtiene por concesión administrativa no se registra en la contabilidad pública, sino que es posible acomodar la deuda a los pagos a realizar por la Administración a lo largo de la vida útil del activo, lo cual permite ajustarse con mayor facilidad a la normativa sobre estabilidad presupuestaria y del Sistema Europeo de Cuentas (SEC 95), o, dicho de otra manera, es "una herramienta de alto interés, por su capacidad de permitir el desarrollo rápido de iniciativas de inversión que sobrepasarían la capacidad de inversión actual directa de la Administración".

Para ello es imprescindible que exista concurrencia clara de riesgo por parte del concesionario y se cumpla el test del análisis de riesgo que exige Eurostat, evitando el pago automático que supondría un mero fraccionamiento en el tiempo de la deuda.

Así pues, "la empresa concesionaria deberá llevar a cabo el diseño (excepto en el Hospital Puerta de Hierro en Majadahonda, donde la Administración ofrecía el proyecto básico arquitectónico), construcción y financiación de la obra del hospital, la financiación del equipamiento básico y las inversiones necesarias de reposición y/o renovación durante el periodo concesional para mantener el hospital en óptimas condiciones de funcionamiento, así como la explotación de la obra pública mediante la puesta a disposición de la misma a favor de la Administración Sanitaria y la prestación a los usuarios del hospital de los servicios residenciales y complementarios no sanitarios junto con la explotación de las zonas complementarias y espacios comerciales autorizados. En particular, los servicios residenciales y complementarios a prestar incluyen:

1. Servicio de limpieza.
2. Servicio integral de seguridad.
3. Servicio de restauración.
4. Servicio de residuos urbanos y sanitarios.
5. Servicio de gestión de mantenimiento.
6. Conservación de viales y jardines.
7. Servicio integral de lavandería.
8. Servicio integral de esterilización.
9. Servicio de desinsectación y desratización.
10. Servicio de transporte interno-externo y gestión auxiliar.
11. Servicio de gestión de almacenes y distribución.

12. Servicio de gestión de personal administrativo recepción/información y centralita telefónica.
13. Servicio de gestión del archivo de documentación clínica, custodia y gestión de archivos de pasivo de documentación clínica y administrativa (sólo para el nuevo hospital de Puerta de Hierro en Majadahonda).

Asimismo, la empresa concesionaria será responsable de la explotación comercial de las zonas complementarias y espacios comerciales autorizados que, al menos, comprenderá la explotación de:

1. Locales comerciales o tiendas.
2. Máquinas expendedoras de sólidos y líquidos.
3. Servicio de cafetería-bar y comedor.
4. Servicio de aparcamiento.
5. Servicio de teléfono y televisión en habitaciones y zonas comunes.”

El período concesional o período de explotación es de “30 años a contar desde el día siguiente al de la formalización del contrato. El plazo de la con-

cesión sólo será prorrogado por acuerdo expreso de las partes, antes de su finalización, cuando concurren las circunstancias y requisitos previstos en el presente PCAP, sin que la duración total de la concesión, incluidas las prórrogas, pueda exceder de los plazos máximos establecidos en el artículo 263 del TRLCAP”.

Por otra parte, tanto el equipamiento básico previsto en los pliegos como su reposición no incluyen el equipamiento médico, ni la alta tecnología, ni los sistemas y tecnologías de la información y comunicación. Los servicios concesionados incluyen todo su equipamiento, aunque en lo referente al software deberán integrarse con los que la Administración implante.

Hasta el momento la situación en la que se encuentran los diferentes concursos se muestra en la Tabla 1.

El presupuesto límite publicado para cada hospital se muestra en la Tabla 2.

Y las relaciones entre el presupuesto inicial de la inversión y las dos grandes partidas: reposición (inmueble y mobiliario especificado en anexo) y explotación de servicios pueden verse en la Tabla 3.

**Tabla 1.**

Hospital	Situación
Hospital de Majadahonda	Adjudicado
Hospital de Parla	Pendiente de adjudicación
Hospital de Coslada	Pendiente de adjudicación
Hospital de San Sebastián de los Reyes	Pendiente de adjudicación
Hospital de Vallecas	Fecha límite ofertas 25/abril/2005 Apertura P. Económica 5/mayo/2005
Hospital de Arganda	Fecha límite ofertas 9/mayo/2005 Apertura P. Económica 19/mayo/2005
Hospital del Tajo	Fecha límite ofertas 13/mayo/2005 Apertura P. Económica 26/mayo/2005

Fuente. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid

Tabla 2.

Hospital	Presupuesto ejecución contratada	Otros conceptos de inversión	Total inversión inicial (período de ejecución)	Inversión de reposición (período de explotación)	Costes de explotación
Hospital Puerta de Hierro en Majadahonda	221.192	80.733	301.925	99.021	20.763
Hospital de Parla	64.384	22.565	86.949	26.426	4.939
Hospital de Coslada	65.705	23.035	88.740	29.429	4.698
Hospital de Arganda	49.328	16.798	66.126	20.897	3.197
Hospital de San Sebastián de los Reyes	98.173	34.458	132.631	43.593	6.309
Hospital de Vallecas	98.653	34.826	133.480	44.218	5.704
Hospital del Tajo	43.343	14.502	57.846	18.076	2.751
Totales	640.778	226.917	867.697	281.660	48.361

Fuente. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Concursos Publicados

Tabla 3.

Hospital	Población prevista 2007	N.º camas en 2007	% coste reposición/ ppto. inversión	% coste explotación/ ppto. inversión	Coste reposición/ cama 2007	Coste explotación/ cama 2007
Hospital Puerta de Hierro en Majadahonda	516.907*	796	32,80%	6,88%	124,398	26,084
Hospital de Parla	118.280	180	30,39%	5,68%	146,811	27,439
Hospital de Coslada	170.000	187	33,16%	5,29%	157,374	25,123
Hospital de Arganda	115.833	110	31,60%	4,83%	189,973	29,064
Hospital de San Sebastián de los Reyes	299.686	349	32,87%	4,76%	124,908	18,077
Hospital de Vallecas	297.836	204	33,13%	4,27%	216,755	27,961
Hospital del Tajo	56.416	116	31,25%	4,76%	155,828	23,716
Totales	1.058.051	1.942	32,46%	5,57%	145,036	24,903

1. Importes expresados en valores/miles de euros 2004.

2. Incluye mobiliario básico, gastos de constitución y primer establecimiento, gastos corrientes capitalizados dirección facultativa, control de calidad y gastos seguimiento obra, otros impuestos asociados a la inversión inicial y financieros intercalarios.

3. Incluye coste anual de los servicios y gastos generales de la sociedad gestora del proyecto

Fuente. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Concursos Publicados

El detalle de espacios y superficies especificados en los programas funcionales de cada hospital para los

horizontes temporales previstos puede verse en la Tabla 4.

Tabla 4. Detalle de espacios y superficies especificados en los programas funcionales (continúa...)

	Puerta Hierro Majadahonda		Parla		Coslada		S. Sebastián de los Reyes		Vallecas		Hospital del Tajo						
	útil (m <sup>2</sup> )	2007	útil (m <sup>2</sup> )	2007	útil (m <sup>2</sup> )	2007	útil (m <sup>2</sup> )	2007	útil (m <sup>2</sup> )	2007	útil (m <sup>2</sup> )	2007					
Hospitalización (camas)	19.506	796	8.826	200	286	9.076	215	277	12.329	238	379	11.586	204	354	4.174	66	124
Superficie útil y equipada	19.506	796	8.826	6.772	8.826	7.422	9.076	7.422	12.329	8.982	12.329	6.858	11.586	6.858	11.586	2.924	4.174
Módulo 1	4.260	130	2.941	33	51	3.026	37	59	3.250	74	79	2.294	54	2.088	42	56	
Obstétricas	1.728	36	873	10	12	911	8	28	648	15	18	806	12	24	894	4	12
Pediátricas	1.229	52	942	13	23	718	11	13	1.229	29	31	941	29	30	8	14	
Neonatología (camas)	427	14										281	16	16			
Convencionales																893	30
Zona común de apoyo			256			266			266			266			300		
Psiquiátrica	876	28	870	10	16	1.131	18	18	1.107	30	30				--		
Módulos 2, 3...	15.246	612	5.885	147	199	6.050	150	180	9.079	164	270	9.292	163	270	2.086	18	60
Módulos	6	2	2		2	2			3		3	3			2		
Unidades por módulo	3	612	3		3	3			3		30	3			2		
Psiquiatría												1.107	30	30			
Total unidades sin zona común	5.373	147	199	5.358	150	180	8.037	164	270	7.147	133	240	1.786	18	60		
Zona común de apoyo	512		692			1.038			1.038			1.038			300		
<b>Críticos (camas)</b>	<b>2.376</b>	<b>54</b>	<b>815</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>787</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>1.441</b>	<b>14</b>	<b>30</b>	<b>1.381</b>	<b>14</b>	<b>30</b>	<b>561</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
Superficie útil y equipada	2.376	558	815	558	815	563	787	563	993	1.441	993	1.381	933	1.381	561	561	561
Unidades	445	1	2		2	2			3		8	3			1		
Total unidades sin zona común	12	514	10	20	448	10	20	672	8	24	672	8	24	672	8	24	292
Zona de apoyo común	301		339			109			109			109			269		
Unidad Coronaria	463	12							263	6	6	263	6	6			
Unidad de Reanimación	1.468	30															
Zona común área de críticos	9.641		9.863			397			397			337					
<b>Área quirúrgica (quirófanos)</b>	<b>4.830</b>	<b>22</b>	<b>1.743</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>2.208</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>3.071</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>3.096</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>1.786</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Superficie útil y equipada	4.830	1.743	2.071	2.208	2.071	2.208	2.071	2.208	2.922	3.071	2.922	2.947	3.096	2.947	1.662	1.786	
Quirófanos programados	2.425	14	550	3	4	430	3	3	726	5	5	726	5	5	394	1	2
Quirófanos urgentes	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1
URPA (camas)	14	4	5	6	6	6	6	6	9	11	11	9	9	11	3	5	

Tabla 4. Detalle de espacios y superficies especificados en los programas funcionales (continúa...)

	Puerta Hierro		Parla		Coslada		S. Sebastián de los Reyes		Vallecas		Hospital del Tajo							
	útil (m²)	2007	útil (m²)	2007	útil (m²)	2007	útil (m²)	2007	útil (m²)	2007	útil (m²)	2007						
Quirofanos de CIMA	978	6	382	3	4	487	3	4	721	5	6	721	5	6	309	2	2	
Unidad de Adaptación al Medio																		
Camas		2		7	9		7	9		12	14		12	14		4	4	4
Sillones		24		4	5		4	5		6	7		6	7		3	3	3
Bloque Obstétrico (sala dilatación, parto y recuperación).	961	14	216	4	6	321	3	6	371	7	8	396	8	9	163	1+2	2+2	
Quirofano cesáreas	1																	
Zona de apoyo común	337					557			668			668			557			
Zona de anestésicas		188				143			165			165			143			
Estertilización (externalizada)	466		70			270			420			420			220			
<b>Área de Urgencias</b>	<b>3.151</b>	<b>60</b>	<b>1.153</b>	<b>18</b>	<b>21</b>	<b>1.439</b>	<b>25</b>	<b>29</b>	<b>2.228</b>	<b>49</b>	<b>53</b>	<b>2.405</b>	<b>62</b>	<b>62</b>	<b>1.033</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>14</b>
<b>Superficie útil y equipada</b>	<b>3.151</b>	<b>1.069</b>	<b>1.153</b>	<b>1.326</b>	<b>1.439</b>	<b>1.326</b>	<b>1.439</b>	<b>2.170</b>	<b>2.228</b>	<b>2.228</b>	<b>2.405</b>	<b>2.405</b>	<b>2.405</b>	<b>2.405</b>	<b>1.033</b>	<b>961</b>	<b>1.033</b>	<b>1.033</b>
Boxes de parada	79	1	30	2	2	75	3	3	100	4	4	125	5	5	25	1	1	1
Boxes de exploración	566	42	170	14	17	230	20	23	320	30	32	380	38	38	120	8	12	12
Locales de consulta rápida	79	1	70	6	7	90	8	9	130	12	13	150	15	15	60	4	6	6
Locales de tiraje	34	2	24	2	2	24	2	3	32	3	4	32	4	4	8	1	1	1
Camas de observación	432	36	132	9	11	168	12	14	240	19	20	288	24	24	72	5	6	6
Sillones de observación y espera	120	20	80	8	10	104	12	13	152	18	19	176	22	22	40	5	5	5
Zonas de apoyo	1.329		647			748			1.254			1.254			708			
<b>Urgencias pediátricas</b>	<b>512</b>																	
Box de atención		6																
Box de atención inmediata		2																
Box de observación		6																
<b>Área de consultas y gabinetes</b>	<b>11.074</b>	<b>325</b>	<b>3.787</b>	<b>121</b>	<b>162</b>	<b>4.091</b>	<b>119</b>	<b>149</b>	<b>6.926</b>	<b>74</b>	<b>220</b>	<b>6.383</b>	<b>195</b>	<b>196</b>	<b>2.124</b>	<b>61</b>	<b>69</b>	<b>69</b>
<b>Superficie útil y equipada</b>	<b>11.074</b>	<b>2.551</b>	<b>3.787</b>	<b>3.609</b>	<b>4.091</b>	<b>4.096</b>	<b>6.926</b>	<b>6.383</b>	<b>6.383</b>	<b>6.383</b>	<b>6.383</b>	<b>6.383</b>	<b>6.383</b>	<b>6.383</b>	<b>1.642</b>	<b>2.124</b>	<b>2.124</b>	<b>2.124</b>
Consultas (con salud laboral y atención a domicilio)	8.256	218	1.350	65	75	1.562	67	78	2.684	26	134	2.964	145	146	640	30	32	32
Gabinetes	2.818	45	950	36	62	926	38	53	1.508	48	86	810	50	50	438	25	28	28

Tabla 4. Detalle de espacios y superficies especificados en los programas funcionales (continúa...)

	Puerta Hierro		Parla		Coslada		S. Sebastián de los Reyes		Vallecas		Hospital del Tajo						
	útil (m²)	2007	útil (m²)	2007	útil (m²)	2007	útil (m²)	2007	útil (m²)	2007	útil (m²)	2007					
Zonas de apoyo	1.487		1.603		2.734		2.609		1.046								
Hospital de día	1.657	62	546	20	25	453	14	18	516	19	26	608	23	30	403	6	9
Sillones	34	114	15	19	78	10	13	246	14	19	318	17	22	128	4	6	
Camas	24	60	5	6	50	4	5	5	7	6	8	2	3				
Zona terapia del dolor	4		50														
Zonas de apoyo	372		275		270		290		275								
Hospital de día psiquiátrico			559		559												
Zona de consultas/terapias			185		374		185	30	30								
Zona de apoyo																	
Dialisis (2 turnos por día)	614	15	530	18	22	861	31	34	1.312	41	44	1.352					601
Crónicos	87	12	168	12	14	270	17	18	435	27	29	435	27	29	105	6	7
Agudos			48	4	4	90	5	6	150	9	10	150	9	10	30	2	2
Aislados	73	2	48	2	4	60	3	4	75	5	5	75	5	5	15	1	1
Dialisis peritoneal	14	1				90	6	6	180	12	12	180	12	12	60	4	4
Zonas de apoyo	440		266		351		472		512			391					
Diagnóstico por la imagen	3.075	33	1.270	11	16	1.569	15	18	2.389	22	31	2.649					
Superficie útil y equipada						1.139	1.569		1.727	2.389		1.007			577	1.007	
Ecógrafos	140	9	60	2	3	60	2	3	100	4	5	100	4	5	20	1	1
Mamógrafos	60	4	32	1	2	40	2	2	60	2	3	60	2	3	20	1	1
TC	130	3	120	1	2	80	1	2	120	2	3	120	2	3	40	1	1
RM	100	2	40	1	1	60	1	1	120	1	2	120	1	2			
Radiología simple	198	8	180	4	6	210	6	7	330	8	11	330	8	11	90	2	3
Radiología digestiva	101	3	30	1	1	40	1	1	80	2	2	80	2	2	40	1	1
Eco doppler	23	1	20	1	1		0	0	40	1	2	40	1	2			
Ortopantomografía	18	1				36	2	3	36	2	3	36	2	3	12	1	1
Angiografía digital	108	2															
Zonas de apoyo	1.945		788		739		2	2	1.103		1.119						



Tabla 4. Detalle de espacios y superficies especificados en los programas funcionales (continúa...)

	Puerta Hierro		Parla		Coslada		S. Sebastián de los Reyes		Vallecas		Hospital del Tajo	
	útil (m <sup>2</sup> )	2007	útil (m <sup>2</sup> )	2007	útil (m <sup>2</sup> )	2007	útil (m <sup>2</sup> )	2007	útil (m <sup>2</sup> )	2007	útil (m <sup>2</sup> )	2007
Zona reservada para expansión futura (30% superf.)	252		340		400		644		200		9.313	
Otras Unidades y Servicios	28.444	11.839	10.669		15.099		15.524					
Medicina Nuclear	1.018											
PET	38	1										
Gamma Cámara	136	4										
Radioterapia	1.544	8										
Simuladores	80	2										
Acelerador lineal	360	4										
Salas de braquiterapia	48	2										
Radiofísica	320											
Rehabilitación	1.198	707	844		1.308		1.232		692		860	
Laboratorios	3.624	299	776		1.413		1.804		860		460	
Superficie útil y equipada			456	776		1.413	673	1.413	673	1.804	460	860
Anatomía Patológica	1.232		328		345		345		248			
Sala autopsias	230	69	116		123		123		68			
Zona duelo	208	108	212		222		222		180			
Farmacia	779	659	671		1.013		1.013		541			
Farmacología clínica	210											
Soportes médicos (despachos, salas, secretarías, aseos personal, dormitorios, almacenes...)	3.916	4.081	1.663		2.502		2.502		1.430			
Gestión de pacientes y usuarios (Admisión y Caja)	2.072	237	241		353		353		214			
Vestibulo principal (puntos información, teléfonos públicos, cajeros, aseos, kiosko, floristería y lotería)	41	111	111		120		120		109			

Tabla 4. Detalle de espacios y superficies especificados en los programas funcionales

	Puerta Hierro Majadahonda		Parla		Coslada		S. Sebastián de los Reyes		Vallecas		Hospital del Tajo	
	útil (m <sup>2</sup> )	2007	útil (m <sup>2</sup> )	2007	útil (m <sup>2</sup> )	2007	útil (m <sup>2</sup> )	2007	útil (m <sup>2</sup> )	2007	útil (m <sup>2</sup> )	2007
Archivos		285		304		324		434		214		
Zona de apoyo y participación ciudadana	332		196		200		151					
Biblioteca de pacientes			80		100		60					
Asistencia religiosa	91		70		149		360			129		
Formación y docencia												
(con biblioteca y zonas de apoyo)	3.426		1.176		496		796		796		396	
Investigación	1.991		118		118		172		172		118	
Dirección y Gestión	2.232		887		770		1.078		1.078		780	
Guardería	200		210		130		170		170		130	
Cafetería (personal/público)	812		450		450		701		701		265	
Vestuario	2.260		548		800		1.120		1.120		550	
Otros espacios (sindicatos, salas reuniones, espacio polivalente, etcétera)	166		119		119		119		119		95	
Suministros y almacenes	1.202		331		307		407		407		307	
Lencería	342		148		148		178		178		148	
Limpieza (despachos y almacén)	222		52		52		52		52		52	
Mantenimiento	600		438		450		450		450		426	
Talleres		330		330		330		330		330		
Despachos y otras zonas de apoyo		148		108		120		120		96		
Informática	237		135		135		147		147		147	
Cocina	1.101		439		415		679		679		415	
Recogida de residuos	310		100		100		135		135		100	
Seguridad	72		74		62		62		62		62	
Parking	100.000	4.000		25.625		1.025	42.500		1.700	42.500		13.150
Personal	59.000	2.360		15.625		625	25.000		1.000	25.000		7.950
Público	41.000	1.640		10.000		400	17.500		700	17.500		5.200

Tabla 5. Actividad prevista incorporada en los planes de viabilidad de los concursos publicados (continúa...)

	Hospital de Parla		Hospital de Coslada		Hospital de San Sebastián de los Reyes		Hospital de Vallecas		Hospital del Tajo	
	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017
<b>Actividad consultas externas</b>										
Primeras consultas totales	96.236	127.341	112.643	131.418	213.534	228.493	241.197	251.564	48.768	51.151
Primeras consultas	87.487	115.765	102.403	164.257	164.257	175.764	185.536	193.511	40.640	42.626
Primeras consultas lista de espera	8.749	11.576	10.240	49.277	49.277	52.729	55.661	58.053	8.128	8.525
Consultas sucesivas totales	192.472	254.682	225.288	262.835	427.068	456.988	482.392	503.127	97.536	102.302
Consultas sucesivas	174.975	231.329	204.807	328.514	328.514	351.529	371.071	387.021	81.280	85.252
Consultas sucesivas lista de espera	17.497	23.153	20.481	98.554	98.554	105.459	111.321	116.106	16.256	17.050
Consultas totales	288.708	382.023	337.931	394.253	640.602	685.481	723.589	754.691	146.304	153.453
Locales de consulta	56	75	65	76	124	132	145	146	28	30
Gabinetes de exploración	36	62	38	53	50	89	50	50	25	28
<b>Actividad de hospitalización</b>										
Ingresos hospitalarios	12.038	21.096	12.960	18.521	18.169	28.104	13.500	26.552	4.604	8.042
Estancias totales	60.189	84.385	61.559	74.084	86.304	112.417	61.559	106.208	21.871	32.168
Total camas de hospitalización	180	250	187	239	239	349	204	324	60	116
<b>Actividad quirúrgica</b>										
Actividad cirugía sin ingreso	4.306	6.109	5.239	6.112	8.069	9.274	7.637	8.762	2.200	2.654
Actividad cirugía con ingreso	2.870	4.073	3.493	4.074	5.379	6.183	5.091	9.930	1.467	1.769
Programados	2.009	2.851	2.445	2.852	3.765	4.328	3.564	5.841	1.027	1.238
Urgentes	861	1.222	1.048	1.222	1.614	1.855	1.527	4.089	440	531
Intervenciones quirúrgicas totales	7.176	10.182	8.732	10.186	13.448	15.457	12.728	17.52	3.667	4.423
Quirofanos cirugía sin ingreso	3	4	3	4	5	6	5	6	2	2
Intervenciones/día por quirofano	6,0	6,6	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8
Programados										
Urgentes										
Quirofanos cirugía con ingreso	4	6	4	4	6	7	6	7	2	3
Intervenciones/día por quirofano programado	2,9	3,1	3,4	3,4	3,4	3,4	5,0	5,0		
Intervenciones/día por quirofano urgente	2,0	3,3	2,9	3,2	4,4	5,1	1,0	2,0		
Total quirofanos	7	10	7	8	11	13	11	13	4	5
<b>Actividad hospital de día</b>										
Numero de camas de tratamiento	5	6	4	5	5	7	17	22	2	2

Tabla 5. Actividad prevista incorporada en los planes de viabilidad de los concursos publicados

	Hospital de Parla		Hospital de Coslada		Hospital de San Sebastián de los Reyes		Hospital de Vallecas		Hospital del Tajo	
	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017	2007	2017
Numero de sillones de tratamiento	15	19	10	13	14	19	6	8	4	5
Total puntos de atención	20	25	14	18	19	26	23	30	6	9
Tratamientos día en hospital de día	30	60	45	59	63	84	50	100	16	22
Tratamientos totales en hospital de día	6.862	13.724	10.238	13.650	14.431	19.241	11.471	22.941	3.790	5.053
<b>Actividad diálisis</b>										
Crónicos	16	18	17	19	27	29	28	29	6	7
Agudos	5	6	5	6	9	10	9	10	2	2
Aislados	3	3	3	3	5	5	5	5	1	1
Total puestos de diálisis	24	27	25	28	41	44	42	44	9	10
Tratamientos estimados	71	79	79	119	123	129	119	132	28	29
<b>Puestos de Urgencias</b>										
Boxes de paradas (nivel 4)	2	3	3	3	4	4	5	5	1	1
Camas de observación (nivel 3)	9	15	12	14	19	20	24	24	5	8
Boxes (nivel 2)	14	23	20	23	30	32	38	38	8	12
Sillones de observación y espera (nivel 2)	9	14	12	13	18	19	22	22	5	5
Locales de consulta rápida (nivel 1)	6	9	8	9	12	13	15	15	4	6
Locales de Triaje	2	3	2	3	3	4	4	4	1	1
Urgencias/año	72.206	116.750	69.641	116.248	154.162	164.962	187.114	195.157	40.986	42.989
Urgencias/día	198	320	273	318	422	452	513	535	112	118
Urgencias 7% en puerta	14	22	19	22	30	32	36	37	8	8
<b>Bloque obstétrico (modelo integrado)</b>										
Sala de dilatación, parto y recuperación	4	6	3	6	7	8	8	9	1	2
Camas obstétricas	7	11	8	10	15	18	12	24	4	12
Camas neonatología	6	8	5	7	10	10	14	16		
Camas pediátricas	13	23	11	13	29	31	29	33	8	14
<b>Unidad de Cuidados Intensivos</b>										
Numero de unidades	1	2	1	2	1	3	1	3	1	1
Camas por Unidad	10	10	8	8	8	8	8	8	6	8
Unidad de cuidados coronarios					1	1	1	1		
Camas por Unidad					6	6	6	6		
Total camas	10	20	8	16	14	30	14	30	6	8

En cuanto a los criterios de adjudicación (Tabla 6), inicialmente parece priorizarse el apartado económico-financiero con un 40% de la puntuación máxima, frente al 24% que supone la explotación de los Servicios. Posteriormente, como puede verse en los criterios especificados en el Pliego de Cláusulas Administrativas del Hospital de Vallecas, la oferta económica y el plan económico financiero suponen el 28% y ceden el 12% a la oferta técnica del proyecto y ejecución de obras. Evidentemente, Majadahonda contaba con el proyecto básico previo al concurso y eso explica la diferencia del peso de los criterios.

El plazo de ejecución de las obras es de 28 meses para el Hospital de Puerta de Hierro en Majadahonda y 18 para el resto.

Una vez adjudicado el Concurso por el Órgano de Contratación (Consejero de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid), "el adjudicatario se obliga a constituir una sociedad anónima, en un plazo máximo de veinte días naturales, contados desde la fecha de la recepción de la notificación de la adjudicación" con un capital social que no podrá ser inferior al 10% de la inversión total y que irá aumentando gradualmente con el desarrollo del proyecto. Igualmente el concesionario se compromete a solicitar la autorización previa de la Administración para la transmisión y pignoración de acciones de la Sociedad.

La Sociedad Concesionaria se registrará por los principios y normas de contabilidad generalmente aceptados que le resulten de aplicación. Se considerarán principios y normas de contabilidad generalmente aceptados los establecidos en el Código de Comercio, la Ley de Sociedades Anónimas y la restante legislación mercantil, el Plan General de Contabilidad aplica-

ble a la Empresa Española y sus adaptaciones sectoriales, en su caso, y la demás legislación que sea específicamente aplicable.

También la Sociedad Concesionaria está obligada a la realización de auditorías financieras anuales, la primera al cierre del ejercicio en que se formalice el contrato, auditorías operativas cada dos años a partir de la puesta en explotación de la obra pública y a poner a disposición de la Administración hasta un 0,5% de la cantidad variable anual ofertada para contratación de auditorías de calidad de los servicios de explotación. Además para la monitorización, control y evaluación de los servicios, la Administración creará en cada hospital la Unidad Técnica de Control (UTC) y establecerá los procedimientos que garanticen la información puntual sobre la prestación de los servicios en explotación y el cumplimiento de los estándares previstos para cada servicio en el pliego de prescripciones técnicas de explotación.

Los ingresos de la Sociedad Concesionaria, a parte de los obtenidos por la explotación de la zona comercial, corresponden a los fijados en su propia oferta como cantidad máxima anual para el 85% de ocupación (medida en "camas ocupadas por paciente y día y plena disposición de la totalidad de los servicios") de la cual un 40% es fijo. El 60% restante está sujeto a la aplicación automática de deducciones cuando la prestación de los servicios esté por debajo de los definidos como óptimos (los "fallos" están identificados y ponderados por servicio y tipo de deficiencia en los pliegos) y a partir del 2009 (según el hospital) podrán aplicarse ajustes por "variaciones significativas en el volumen de utilización". Las tarifas se actualizarán automáticamente el 1 de enero de cada año vía IPC (aplicando el menor entre el IPC del Estado o de la Comunidad de Madrid)

Tabla 6. Criterios generales de adjudicación

Hospital Puerta de Hierro en Majadahonda	Puntuación máxima	Hospital de Vallecas	Puntuación máxima
I. Oferta económica y plan económico-financiero. Total	400	Igual	280
A. Cantidad máxima anual de la aportación de la Administración (CMA).	260	Igual	180
B. Estructura financiera y coherencia e integridad de la proposición económica.	100		70
C. Porcentaje ofertado de la Cantidad Variable Anual (CVA).	40		30
II. Oferta técnica de prestación del servicio. Total	240	Igual	240
A. Valoración general de la Sociedad Concesionaria común a todos los servicios.	40		40
B. Valoración específica de los servicios.	200	Igual	200
III. Nuevas contrataciones vinculadas a la ejecución del objeto del contrato. Total	200		200
IV. Oferta técnica del proyecto y ejecución de obras. Total	160		280
A. Programación de la obra.	40	A. Resolución del proyecto.	65
B. Estudio funcional y constructivo.	40	B. Estudio constructivo.	50
C. Definición de las instalaciones.	40	C. Definición de las instalaciones	50
D. Propuesta de mobiliario.	20	D. Programación	50
E. Organización y equipo técnico.	20	E. Organización y equipo técnico	30
		F. Propuesta de mobiliario	20
		G. Reposición de instalaciones y mobiliario	15
Puntuación máxima	1.000		1.000

El pago mensual de estas cantidades se iniciará "el día de puesta en servicio de la obra o dos meses a partir de su finalización (aprobación del acta de comprobación de la obras por la Administración).

Dejamos aquí este primer acercamiento a los datos del Plan de Infraestructuras Sanitarias de la Comunidad de Madrid, que nos sirve también como

inicio a las actuaciones que en este ámbito están realizando las diferentes comunidades autónomas. Los datos en sí nos parecen lo suficientemente sugestivos como para promover, como señalábamos más arriba, un pequeño espacio en la revista dedicado al análisis y al debate de lo que puede plantear nuevas claves para la configuración del sector sanitario en nuestro país.



# **Implantación de la norma ISO 9001:2000 en un servicio clínico**

Valencia González-Anleo R<sup>(1)</sup>, Gutiérrez del Olmo Galván A<sup>(2)</sup>, Ramírez Armengol JA<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Director de Proyectos de ALGOR, S.L. Madrid.

<sup>(2)</sup>Coordinador de Calidad. Servicio Central de Endoscopia. H. Clínico San Carlos Madrid.

<sup>(3)</sup>Jefe del Servicio Central de Endoscopia. H. Clínico San Carlos. Madrid.

fundacionsigno@telefonica.net

## **Resumen**

Se presenta la implantación de la norma ISO 9001: 2000 para la gestión de la calidad en un servicio clínico, es decir, en el que se tiene un trato directo con el usuario, dentro de un centro hospitalario dependiente de una comunidad autónoma. Por ello, la gestión de la calidad de dicho servicio tiene unas connotaciones normativas ajenas a él, por depender tanto de la Dirección de Gerencia del hospital como de la propia comunidad autónoma, lo que confiere unas características peculiares al método de implantación de la norma, que se describe en este trabajo.

*Palabras clave:* Gestión de calidad en servicio clínico.

## **ISO 9001: 2000 standard: its' implementation in a clinical department**

### **Abstract**

Authors present implementation of ISO 9001:2000 standard for quality management in a clinical department which means dealing directly with the patient in a medical centre that belongs to a regional area. Due to quality management depending on manager's office and regional area, its' implementation implies peculiar features described in this paper.

*Key words:* Quality management in clinical department.

## **Introducción**

Como consecuencia del Plan de Calidad Integral de los Servicios Sanitarios de la Comunidad de Madrid<sup>1</sup>, la Direc-

ción del Hospital Clínico San Carlos (HCSC), inmersa actualmente en el proyecto de lograr la excelencia en la gestión según el modelo EFQM<sup>2</sup>, tomó la decisión de establecer estándares



de calidad en todos los servicios que lo componen, orientando la acción institucional del centro y de cada uno de sus profesionales a lograr el objetivo estratégico de dar la máxima satisfacción a las necesidades de los pacientes y usuarios del mismo<sup>3</sup>.

La Dirección del Servicio Central de Endoscopia (SCE) del HCSC, haciendo suya esa filosofía, adoptó la decisión de desarrollar, implantar y certificar un sistema de gestión de la calidad (SGC), basado en la norma ISO 9001:2000<sup>5</sup>, que permitiese sistematizar las funciones asistenciales del servicio, satisficiera adecuadamente los requerimientos y expectativas de sus usuarios y perfeccionase la administración y gestión global del servicio.

El concepto de calidad asumido por el SCE como directriz para la implantación del sistema fue el de asegurar de forma planificada y continua que la asistencia al usuario tuviese el nivel de calidad necesario para alcanzar la mejor atención sanitaria, basada en el conocimiento de sus necesidades y expectativas, y en la aplicación de los conocimientos médicos más actuales, con objeto de lograr una mejora de su salud con el menor riesgo personal, de forma que su satisfacción al final del proceso de atención fuese máxima.

## Material y métodos

### 1) Principios directores

Antes de iniciar el desarrollo documental del sistema, se hizo necesario establecer y adoptar los principios que a continuación se describen y sobre los que se basó el sistema de gestión de la calidad:

**Ciencia médica:** se debe garantizar que los conocimientos del personal

médico estén actualizados, facilitando su formación continuada en los avances de la medicina, en el campo de aplicación correspondiente a la función del Servicio de Endoscopia.

**Nivel tecnológico:** es un objetivo primordial del servicio, de manera que permita contar con las instalaciones y equipos médicos que se correspondan con los más avanzados en cada momento.

**Oferta al usuario:** unos niveles científicos y tecnológicos correctos permitirán ofrecer a los usuarios servicios asistenciales-preventivos, diagnósticos y terapéuticos adecuados a sus necesidades, tanto personales como del ambiente social del área asistencial del hospital.

**Información al usuario:** un objetivo fundamental para conseguir la satisfacción del usuario es su correcta información sobre lo que le pasa, las características de la prueba que se le debe realizar, las otras alternativas diagnósticas existentes y los riesgos que implican, las posibilidades de llegar a un diagnóstico y, en su caso, qué pronóstico tiene. Todo ello garantizando al máximo su dignidad e intimidad y salvaguardando su participación y autonomía en las decisiones que le afecten. Finalmente, todo ello deberá quedar plasmado en un consentimiento informado.

**Tratamiento al usuario:** debe ser, en todo momento, correcto y personalizado, es decir, adaptándolo a las características de cada uno, tanto anímicas como físicas, considerándolo como persona, no como un *input* o factor más del proceso asistencial. El fin último será paliar, por medio del buen trato y la confianza, la angustia producida por la enfermedad y la presencia en un medio hostil como es el hospital.

**Nivel de mejora conseguida:** basado en el control de los parámetros de calidad alcanzados en cada proceso asistencial, según los estándares nacionales y extranjeros: precisión, sensibilidad y especificidad diagnósticas, mejora del pronóstico del paciente y, en definitiva, en su calidad de vida, grado de satisfacción con la asistencia recibida, etcétera.

**Riesgo de la asistencia:** la atención al usuario se deberá desarrollar evitando todo lo posible los riesgos implícitos de cada prueba, debiendo contar el SCE con los medios técnicos necesarios para el tratamiento de la posible complicación. Deberá existir un Comité de Gestión de Riesgos y Calidad del Servicio que valore cada caso, establezca índices de riesgo periódicos y proponga las medidas correctoras para alcanzar el mínimo riesgo con una calidad asistencial óptima.

**Gestión de costes de la asistencia:** la financiación de la sanidad es limitada, por lo que la gestión del Servicio de Endoscopia, dentro de los límites presupuestarios asignados por la gerencia del hospital, irá encaminada a conseguir la mejor relación calidad/precio.

Finalmente señalar que el sistema de gestión de la calidad implantado se ha desarrollado conforme a los requisitos de las siguientes normas:

- UNE EN-ISO 9001:2000. Sistema de gestión de la calidad. Requisitos.
- UNE EN-ISO 9000:2000. Fundamentos y vocabulario<sup>5</sup>.
- UNE 66925 IN. Directrices para la documentación de sistemas de gestión de la calidad<sup>6</sup>.
- UNE 66924 IN. Directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones sanitarias<sup>7</sup>.

## 2) Implantación del SGC

La implantación del SGC se desarrolló según un programa previamente aprobado por la Jefatura del Servicio, cuya duración aproximada era de diez meses, distribuidos en dos etapas de cinco meses cada una, transcurriendo la primera de ellas (desarrollo documental del sistema) por los siguientes hitos:

**1. Toma de decisiones**, que condujeron al compromiso de iniciar el proyecto de implantación del sistema de gestión de la calidad durante el primer trimestre de 2004, y a recabar la colaboración de una entidad consultora externa especializada que dirigiese todo el proceso.

**2. Sesión informativa**, en la que se hizo partícipe al personal del servicio de la decisión de llevar adelante el proyecto, y en la que se recabó su participación y colaboración como elemento indispensable para lograr el éxito del mismo.

**3. Establecimiento de la política de calidad del SCE**, que se definió en total concordancia con la política de calidad del hospital, y a través de la cual la Jefatura del SCE definió los principios y compromisos con la calidad.

**4. Establecimiento de la figura de Coordinador de Calidad del Servicio.** En esta fase se analizaron los requisitos que establece la norma en este punto y se valoraron las cualidades profesionales y humanas del personal procediendo a continuación al nombramiento del mismo.

**5. Identificación y análisis** de los procesos de producción y gestión del servicio y elaboración de un mapa de procesos en el que se establecen las relaciones e interfases entre aquellos que afectan a la calidad final del mismo (Figura 1).

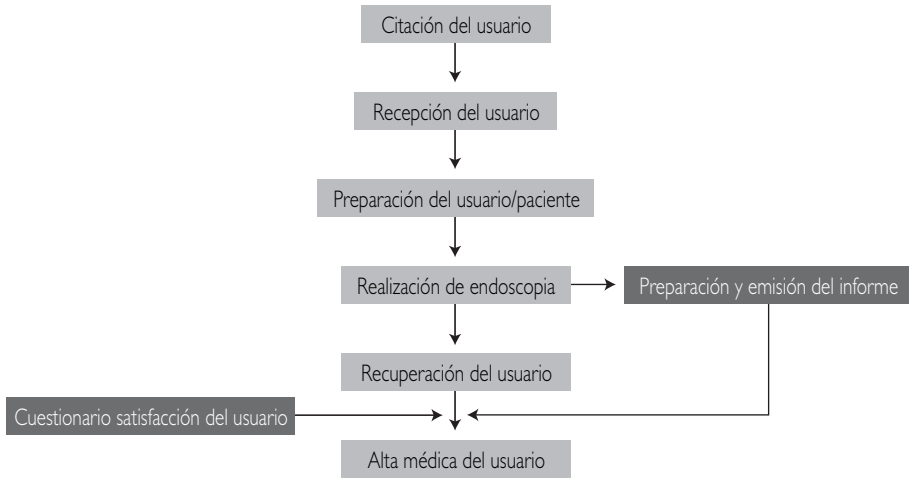


Fig. 1. Diagrama de flujo del proceso general

Este proceso general se complementó con entradas y salidas de otros procesos, directivos y de apoyo, necesarios para la prestación del servicio. El conjunto de los mismos conforma la estructura documental del SGC.

**6. Elaboración de la documentación del SGC**, compuesta de un manual de calidad, de un conjunto de los procedimientos de calidad, y de instrucciones de trabajo (Tabla 1).

Tabla 1. Documentación del sistema de gestión de calidad del Servicio Central de Endoscopia del Hospital Clínico San Carlos

Documento	Código DOC	Título
Manual	MC	Manual de la calidad
Procedimiento	PC-01	Elaboración y control de la documentación
Procedimiento	PC-02	Control de los registros
Procedimiento	PC-03	Revisión por la jefatura de servicio
Procedimiento	PC-04	Procesos de citación
Procedimiento	PC-05	Proceso preparación para la prueba y alta de pacientes
Procedimiento	PC-06	Proceso preparación y emisión informe hallazgos endoscópicos
Procedimiento	PC-07	Gestión de los recursos
Procedimiento	PC-08	Seguimiento de la satisfacción del usuario
Procedimiento	PC-09	Auditorías internas
Procedimiento	PC-10	Control de no conformidades
Procedimiento	PC-11	Acción correctiva
Procedimiento	PC-12	Acción preventiva
Procedimiento	PC-13	Seguimiento y medición de los procesos
Procedimiento	PC-14	Gestión de suministros
Instrucción trabajo	IT-01	Criterios para análisis de la satisfacción del usuario
Instrucción trabajo	IT-02	Soporte vital
Instrucción trabajo	IT-03	Control de procesos otros servicios del hospital

La metodología para la elaboración de estos documentos se acordó previamente con la Jefatura del Servicio de manera que los consultores externos, en reuniones de trabajo programadas con distintos puestos del servicio, obtenían datos e informaciones de cómo, quién, cuándo, dónde y de qué manera se realizaban en ese momento los procesos afectados por el sistema y que se consideraba necesario en su documentación. Posteriormente el equipo consultor adaptaba o complementaba con los requisitos de la norma nuestros métodos y prácticas, logrando, de esa forma, elaborar unos documentos lo más ajustados posible a las necesidades del servicio y al exacto cumplimiento de la norma.

En el manual se han descrito los elementos que conforman el sistema de gestión de la calidad, se han definido la autoridad, las interrelaciones y las obligaciones del personal dentro del sistema, y se han identificado los procedimientos o referencias de todas las actividades que conforman el sistema de gestión de la calidad, con el fin de garantizar el cumplimiento completo de los requisitos aplicables de la norma.

Asimismo, el manual ha permitido que los empleados del servicio orienten sus actividades y tareas a asegurar la obtención de la calidad en el desempeño de las mismas, con el propósito de asegurar la satisfacción de los usuarios y la mejora continua del servicio.

Como procedimientos de calidad se han documentado aquellos procesos o actividades cuya existencia establece obligatoriamente la norma ISO<sup>4</sup> y aquellos otros que a juicio del servicio eran necesarios o complementaban a otros ya existentes. Estos procedimientos desarrollan el qué, el quién, el cuándo,

el cómo, de qué manera, etcétera, se realizan las actividades y operaciones que describen, y establecen los parámetros que se deben medir para poder tomar decisiones que conduzcan a la mejora continua de los procesos y a la satisfacción de los usuarios.

### 3) Implementación del SGC

En esta segunda etapa de puesta en marcha del sistema se procedió a implementar todo lo establecido en la documentación de calidad elaborada. En esta etapa se alcanzaron los siguientes hitos:

Elaboración de un programa de implantación, con expresión detallada de las actividades y tareas a realizar en cada momento de la implantación por las diferentes áreas del servicio.

Realización de un seminario de sensibilización para el personal del servicio para informarles del arranque de la nueva etapa y de los contenidos finales del sistema y sensibilizarles de la importancia de su "buen hacer", para que los servicios recibidos por los usuarios alcanzasen los estándares de calidad previstos.

Revisión y aprobación por el jefe del servicio de la documentación elaborada durante la etapa anterior.

Inclusión de la documentación del sistema en la red intranet del servicio, y distribución controlada de formatos aplicables en los distintos puestos de trabajo.

Revisión y análisis de los datos disponibles respecto de listas de espera, de duración de la espera, hasta la realización de la prueba, de las quejas y reclamaciones recibidas hasta el momento, errores identificados, etcétera. En el Anexo I se identifica la evolución de los índices de calidad como resul-

tado de las actuaciones implementadas.

Formación en auditorías de calidad del representante de la Dirección o Coordinador de Calidad mediante su asistencia a un curso impartido por una institución reconocida.

Recogida, tabulación y análisis de los datos de satisfacción del paciente/usuario (anteriormente a la implantación del sistema, las quejas y reclamaciones eran atendidas por el Servicio de Atención al Paciente).

Realización de una auditoria interna. Después de un periodo de rodaje del sistema de aproximadamente cinco meses se programó la realización de una auditoría interna a fin de evidenciar las carencias y debilidades del sistema y establecer las no conformidades correspondientes. La auditoría fue llevada a cabo por un auditor per-

teneciente a la entidad consultora que no participó en ningún momento de la realización del proyecto.

Revisión del sistema por la Dirección. Con la realización de esta tarea se dieron por finalizados, desde el punto de vista técnico, la implantación del sistema y el apoyo externo recibido. Sin embargo, este hito es quizás el de mayor importancia de todo el proceso de implantación, toda vez que de su realización y resultados nacieron nuevas estrategias y nuevos objetivos que hacen que el sistema progrese desde la percepción de los usuarios hacia la consecución de sus expectativas, y desde el punto de vista interno hacia la mejora continua del servicio.

### Beneficios del proyecto

Aunque pueda parecer prematuro, por la corta vida del sistema, identificar

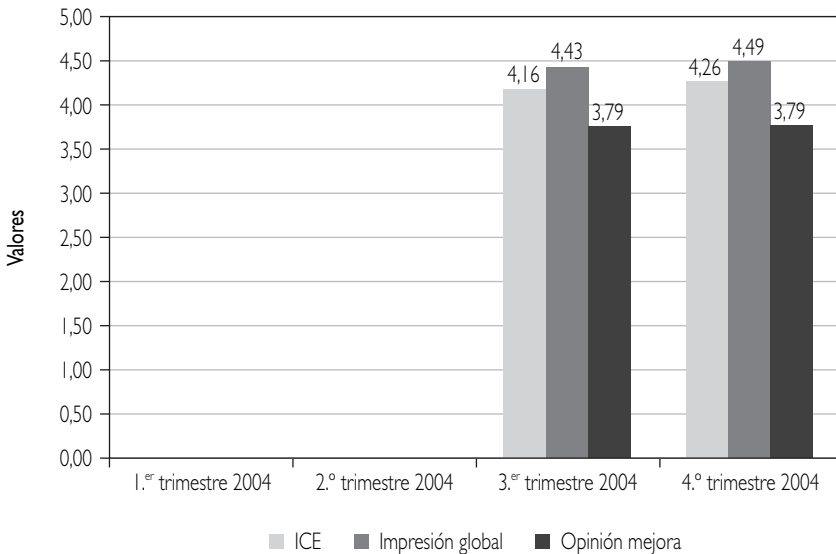


Fig. 2. Análisis de la satisfacción del paciente/usuario (índice de calidad expresada)

beneficios concretos, el Servicio Central de Endoscopia puede afirmar que ya ha percibido algunos de ellos, que pueden concretarse en los siguientes:

- Se han disminuido la improvisación y la variabilidad de las tareas.
- Se ha progresado en la implicación del personal con su puesto de trabajo.
- Se han mejorado los métodos de análisis ante errores y reclamaciones.
- Se han constatado mayores niveles de satisfacción de los usuarios del servicio.
- Se ha mejorado en la cultura de satisfacer los requisitos y expectativas de los usuarios. En la Figura 2 se observa cómo ha evolucionado el

índice de calidad expresada (ICE) por los pacientes/usuarios.

- Se sistematizan y controlan mejor los procesos de prestación del servicio. En las Figuras 3 y 4 se observa cómo ha evolucionado la percepción de los pacientes/usuarios con respecto a los distintos servicios de atención al paciente sobre los que se indaga en la encuesta de satisfacción.

### Conclusiones

Considerando que la razón de ser de cualquier servicio hospitalario es la prestación de una asistencia de calidad a los usuarios, la implantación del sistema de gestión de la calidad, aquí comentado, ha permitido al Servicio Central de Endoscopia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid progre-

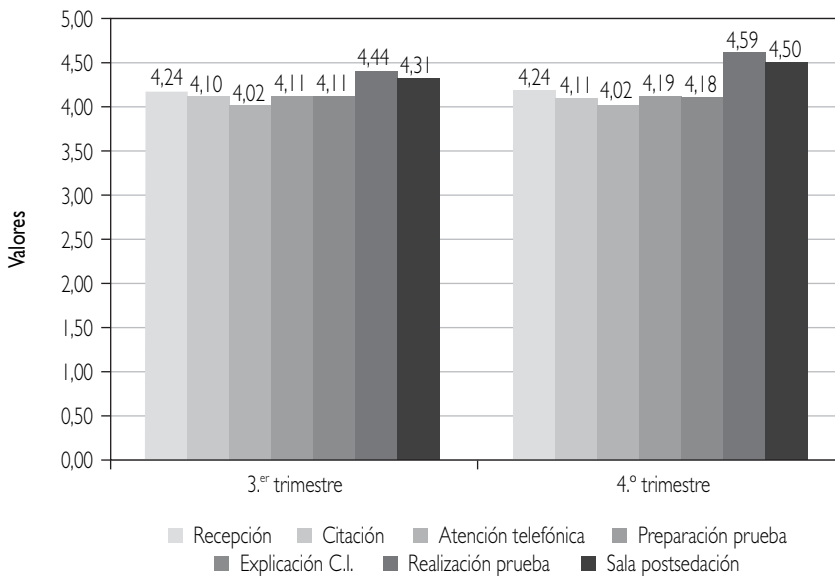
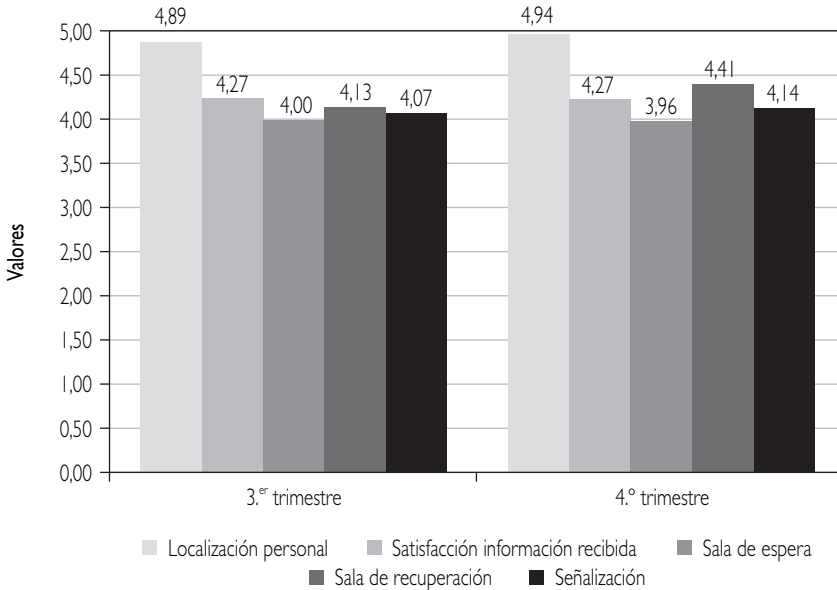


Fig. 3. Evolución de la satisfacción del usuario/paciente con respecto a los factores relacionados con la prestación del servicio



**Fig. 4. Evolución de la satisfacción del usuario/paciente con respecto a los factores relacionados con las instalaciones del SCE**

sar en el cumplimiento de sus objetivos gracias a:

La implementación de modelos sistemáticos para conocer sus expectativas actuales y futuras de los pacientes/usuarios y esforzarse por alcanzar el nivel de esas expectativas.

La potenciación del liderazgo dentro del servicio, que se sustancia a través de la política de su calidad.

La fijación de objetivos y metas mediante el desarrollo de estrategias en las que se involucre de manera efectiva a todo el personal.

La importancia que adquiere el capital humano como soporte del sistema, contemplando los aspectos relativos a la motivación, comunicación y participación del personal.

La identificación clara de los diferentes procesos desempeñados, entendiendo éstos como toda actividad que utiliza recursos y que se gestiona para obtener a partir de unos elementos de entrada unos resultados.

El enfoque creativo e innovador dado a los procesos de mejora, planificando los recursos necesarios, implementando los procesos, analizando y midiendo los resultados obtenidos, informando a la dirección de los resultados y desencadenando toma de decisiones conducentes a implementar acciones de mejora.

Al convencimiento de que es necesario disponer de los datos sobre productos, procesos, percepción del paciente/usuario sobre el servicio, etcétera, para lograr conclusiones objetivas.

## Citas bibliográficas

1. Estudios de Calidad de los Servicios Sanitarios Públicos en la Comunidad de Madrid. 1994.
2. European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de excelencia 1999. Sector Público y organizaciones de voluntariado. Bruselas: E.F.Q.M.; 1999 (Traducido por el Club Gestión de Calidad. Madrid).
3. Calidad Percibida de los Servicios Públicos de la Comunidad de Madrid. 1994.
4. Norma española UNE-EN ISO 9001: Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. AENOR; 2000.
5. UNE EN-ISO 9000:2000. Fundamentos y vocabulario.
6. UNE 66925 IN. Directrices para la documentación de sistemas de gestión de la calidad.
7. UNE 66924 IN. Directrices para la mejora de los procesos en las organizaciones sanitarias.





# Validación de los A.C.G. y G.E.R./C.N.A como herramientas de gestión y su comparación como sistemas de medida del producto en Atención Primaria

Sánchez Aznar P<sup>(1)</sup>, Marfull Villena C<sup>(2)</sup>, González González AI<sup>(3)</sup>,  
Ramírez Jiménez A<sup>(4)</sup>, Martín Robledo E<sup>(5)</sup>, Villares JE<sup>(6)</sup>,  
Fabero Jiménez A<sup>(7)</sup>, García López F<sup>(8)</sup>, de la Puerta Calatayud ML<sup>(9)</sup>

<sup>(1)</sup>Directora Médico Área 10 de Atención Primaria de Madrid, <sup>(2)</sup>Director Gerente, <sup>(3)</sup>Responsable de Servicios Sanitarios  
<sup>(4)</sup>Director de Gestión, <sup>(5)</sup>Directora de Enfermería, <sup>(6)</sup>Subdirector Médico, <sup>(7)</sup>Subdirectora Médico,  
<sup>(8)</sup>Subdirectora de Enfermería, <sup>(9)</sup>Subdirectora de Enfermería  
dirmed.gapm10@salud.madrid.org

## Resumen

**Objetivo:** describir la casuística atendida en un área sanitaria, utilizando los S.C.P. de los A.C.G. y los G.E.R./C.N.A., así como determinar sus capacidades explicativas para las variables número de visita y coste variable.

**Métodos:** estudio descriptivo retrospectivo en ocho E.A.P. del Área Sanitaria 10 de Madrid durante el año 2002. Las variables incluidas en el estudio fueron: edad y género, visitas realizadas, diagnósticos registrados en la historia clínica codificados según la C.I.A.P., y variables de coste variable como farmacia prescrita.

**Resultados:** el número de pacientes atendidos fue de 117.296, clasificándose un 13,61% en el A.C.G. 3 (enfermedad aguda leve, mayores de 5 años), un 9,11% en el A.C.G. 41 (combinación de otros 2 ó 3 A.D.G., edad mayor a 34 años), y un 7,19% en el A.C.G. 44 (combinación de otros 4 ó 5 A.D.G., mayores de 44 años). El 51,7% de los episodios registrados se distribuyeron entre los modelos básicos C01 (síndromes específicos autorresolubles), C04 (signos/síntomas, potencialmente riesgosos de período ventana breve), y C03 (problemas agudos banales). Los A.C.G. fueron capaces de explicar el 45,6% de la variabilidad en la utilización anual del recurso visita por paciente, y el 40,8% de la variabilidad del gasto en farmacia anual. La variabilidad explicada por los G.E.R./C.N.A para la variable visita por episodio fue del 26,5% y para farmacia del 21,3%.

**Conclusiones:** los A.C.G. y los G.E.R./C.N.A en nuestro entorno han demostrado ser una herramienta válida para determinar la casuística atendida. Sin embargo, sólo los A.C.G mostraron ser útiles como medida predictora de la utilización de los recursos en AP.

**Palabras clave:** Atención Primaria, Medición de producto y gestión.

## Assesment of A.C.G. and G.E.R./C.N.A. as management tools and comparison as measurement of product in Primary Care

### Abstract

*Objectives:* to describe case-mix from a Health District, using the A.C.G and G.E.R./C.N.A. classification systems and to determine their ability to explain resource utilization considering number of visits and variable costs.

*Methods:* observational retrospective study conducted in eight health centres from the 10th Madrid Health District during 2002. Patients variables considered are: age and gender, visits performed, diagnoses registered codified following C.I.A.P, and variables of variable cost such as prescriptions made.

*Results:* 117.296 patients were analyzed and were classified as 13,61% in A.C.G. 3 (acute and banal disease in people over 5), 9,11% in A.C.G. 41 (combination of 4 or 5 out-patient diagnosis groups in people over 44) and 7,19% in A.C.G. 44 (combination of 2 or 3 out-patient diagnosis groups in people over 34). 51,7% of episodes registered were distributed among the Basic Models C01 (specific self-solved syndromes), C04 (symptoms and signs belonging to potentially risk conditions) and C03 (banal and acute diseases). A.C.G. were able to explain the 45,6% of variability due to variable visits per patient and 40,8% of variability due to prescriptions made. Variability explained by the G.E.R./C.N.A due to visits per episode was 26,5% and for prescriptions made was 21,3%.

*Conclusion:* A.C.G and G.E.R./C.N.A classification systems have shown to be good methods to determine the case-mix. A.C.G. system appear as the method with more potentialities to explain resource consumption in primary care.

*Key words:* Primary Health Care, Product measurement and management.

### Introducción

La medida de la casuística atendida, como sistema de ajuste en el uso de recursos en todos los niveles asistenciales, es una cuestión de consenso que explica el desarrollo de S.C.P. en la última década. A diferencia del grado de unanimidad que existe en la implantación de los G.R.D. como medida de la casuística en la hospitalización de agudos en todo el territorio nacional, en A.P. son diversos los sistemas estudiados, no existiendo en la actualidad ninguno implantado a nivel de servicios regionales de salud. La unidad de agrupación (visita, episodio, paciente/persona)<sup>1</sup>, el sistema de clasificación de diagnósticos a uti-

lizar (C.I.A.P., C.I.E.), junto con la utilidad y aplicabilidad<sup>2</sup> de los sistemas, son los aspectos más críticos que justifican esta falta de consenso en la implantación en A.P.

En A.P., hasta la fecha, son los A.C.G. el único sistema en el que la unidad de agrupación es el paciente, siendo éste el rasgo que ha suscitado mayor interés por permitir describir y comparar cohortes de pacientes atendidos y/o adscritos a proveedores diferentes, en función del perfil de morbilidad diagnóstica en un período de observación de un año<sup>2,3,4</sup>. Además, han sido validados en nuestro entorno sanitario como sistema de clasificación de pacientes "isoconsumo" de recursos, con capacidad expli-

cativa tanto en relación con el número de visitas anuales como con el coste variable (pruebas diagnósticas, derivaciones y gasto farmacéutico prescrito)<sup>5-9</sup>.

Los G.E.R./C.N.A nacen como sistema de clasificación "isocomportamiento" desde la perspectiva de la asistencia sanitaria. Su unidad de agrupación es el episodio definido por la C.I.A.P., siendo el proveedor de la atención el que establece el principio y el fin del mismo. Como herramienta de control de gestión han de demostrar su capacidad explicativa en el uso de recursos una vez demostrada su significación clínica, la univocidad de la clasificación y la exhaustividad.

Los objetivos del presente estudio pretendieron: 1) describir la casuística atendida en el Área 10 de Madrid en un período de observación de un año (2002); 2) validar los A.C.G. y los G.E.R./C.N.A. como S.C.P. "isoconsumo" de recursos, analizando la capacidad explicativa de ambos S.C.P. en relación con: a) variable de coste fijo: número de visitas anuales; b) variables de coste variable: pruebas diagnósticas, derivaciones especializadas y gasto farmacéutico prescrito.

## Métodos

Se analizó la información correspondiente a los pacientes atendidos durante el año 2002 en ocho E.A.P. del Área 10 de Madrid, algunos con sólo un año de informatización de la historia clínica. Como fuente de información se utilizaron los datos demográficos y clínicos registrados en el programa OMI-AP, que clasifica los episodios atendidos<sup>10</sup> mediante el sistema de codificación de la C.I.A.P.<sup>11</sup>. Las variables que se incluyeron en el estudio fueron: a) edad y género; b) visitas realizadas independientemente del tipo (programada, demanda, en consulta o a domicilio); c)

diagnósticos registrados en la historia clínica informatizada codificados según la C.I.A.P.; d) pruebas complementarias (laboratorio y de imagen), derivaciones a otros especialistas y gasto en farmacia ligados a los diagnósticos realizados.

El proceso de construcción de los A.C.G. puede dividirse en cuatro etapas diferenciadas: 1) asignación a cada uno de los códigos C.I.A.P. un código de la C.I.E.-9-M.C. mediante un conversor automático; 2) inclusión de cada uno de los códigos de la C.I.E.-9-M.C. obtenidos en la correspondiente categoría de los 34 A.D.G., como no son mutuamente excluyentes cada paciente puede tener varios A.D.G. distintos; 3) agrupación de los A.D.G. similares respecto a la probabilidad de persistencia del diagnóstico en 12 C.A.D.G.; 4) asignación de uno de los 51 A.C.G. excluyentes entre sí a cada paciente en base a la edad, el género, presencia o ausencia de ciertos A.D.G. individuales y el número de A.D.G. El proceso de construcción se realizó utilizando el agrupador informático de la Universidad de John Hopkins.

Para la agrupación de los códigos C.I.A.P. en los siete grupos diferentes G.E.R./C.N.A (Tabla 1) se utilizó el agrupador automático que incluye la aplicación I.S.I.S.<sup>®</sup>. Estos siete grandes grupos comprenden 24 modelos básicos de resolución o efectividad (Tabla 2) y éstos a su vez 54 submodelos. Esta clasificación fue desarrollada por un grupo de profesionales de nuestra área sanitaria basándose en criterios comunes de necesidad de atención consensuados, operativizados mediante la aplicación del Método Hanlon siguiendo los pasos que permiten responder a las preguntas sobre la factibilidad del problema para la A.P., su grado de resolubilidad espontánea, el grado de severidad del problema en cuanto a gravedad, cronicidad e invalidez, y el grado de magnitud.

**Tabla 1. Clasificación G.E.R./C.N.A**

Tipo	Descripción
A	Problemas factibles, resolubles con intervención, de severidad media y de magnitud epidemiológica alta.
B	Enfermedades consuntivas o invalidantes.
B1	Situaciones de discapacidad social que generan necesidad sanitaria.
C	Problemas sanitarios que tienden a la resolución espontánea.
D	Problemas específicos, factibles, resolubles con intervención, de magnitud media y severidad menor.
E	Problemas de salud de baja factibilidad en A.P.
P	Necesidades de salud, de magnitud potencial y prevención efectiva.

**Tabla 2. Clasificación en modelos básicos**

Tipo	Descripción
A01	Enfermedades de transmisión.
A02	Hábitos de riesgo.
A03	Factores de riesgo.
A04	Problemas de alta morbilidad.
A05	Problemas de alta influencia socioeconómica.
B01	Enfermedades consuntivas.
B02	Enfermedades invalidantes.
B11	Problemas sanitarios de origen social.
C01	Síndromes específicos autorresolubles.
C02	Síntomas crónicos sin riesgo.
C03	Problemas agudos banales.
C04	Signos/síntomas con potencial riesgo con período ventana breve.
C05	Signos/síntomas con potencial riesgo con período ventana amplio.
D01	Problemas específicos de severidad y complejidad moderada.
D02	Problemas específicos de severidad moderada y complejidad leve.
D03	Problemas específicos de severidad leve y complejidad moderada.
D04	Problemas específicos de severidad y complejidad leve.
E01	Problemas especializados de escasa factibilidad.
E02	Problemas especializados de control compartido.
E03	Problemas especializados diagnosticables.
E04	Problemas especializados diagnosticables y control compartido.
P01	Necesidades de educación sanitaria.
P02	Necesidades de promoción de estilos de vida saludables.
P03	Detección precoz y protección de enfermedades prevalentes.

Para el análisis descriptivo de los datos se utilizó el software SPSS para Windows. Mediante regresión lineal múltiple se construyeron dos modelos, tomando como variable independiente

los A.C.G. o los G.E.R./C.N.A., y como variables dependientes, uno el número de visitas anuales y otro el coste variable.

<b>Abreviaturas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Adjusted Clinical Groups</i> (A.C.G.)</li> <li>- Grupos de Episodios Relacionados por Criterios de Necesidad de Atención (G.E.R./C.N.A)</li> <li>- Equipos de Atención Primaria (E.A.P.)</li> <li>- Sistema de Clasificación de Pacientes (S.C.P.)</li> <li>- Grupos Relacionados de Diagnóstico (G.R.D.)</li> <li>- Atención Primaria (A.P.)</li> <li>- Clasificación Internacional de Atención Primaria (C.I.A.P.)</li> <li>- Clasificación Internacional de Enfermedades (C.I.E.)</li> <li>- <i>Ambulatory Diagnostic Groups</i> (A.D.G.)</li> <li>- <i>Collapsed Ambulatory Diagnostic Groups</i> (C.A.D.G.)</li> <li>- Índice Sintético de Información Sanitaria (I.S.I.S.®)</li> <li>- Coeficiente de Variación (C.V.)</li> </ul>

## Resultados

El número total de pacientes atendidos fue de 117.296, distribuyéndose por E.A.P. como se refleja en la Figura 1. La población de estudio constituyó aproximadamente el 80-90% de la población adscrita. Dichos pacientes generaron un total de 484.852 episodios de atención, con una media de episodios anuales por paciente de 4,42 (mediana 4).

### Descripción de la casuística atendida:

Los A.C.G. más frecuentes fueron el A.C.G. 3 (13,61%), que corresponde a pacientes mayores de 5 años con enfermedades agudas leves; el A.C.G. 41 (9,11%), pacientes adultos mayores de 34 años con una patología múltiple, es decir, con 2 ó 3 A.D.G.; y el A.C.G. 44 (7,19%), pacientes de más de 44 años con 4 ó 5 A.D.G. La distribución puede observarse en la Figura 2.

El 14,17% de los episodios atendidos correspondieron a Síndromes específicos autorresolubles (G.E.R. C01); el 11,72% fueron Signos/síntomas, potencialmente riesgosos de período ventana

breve (G.E.R C04); y el 11,31% pertenecieron a Problemas agudos banales (G.E.R C03). Es de destacar que el 14,50% de los episodios correspondieron a Actividades preventivas sin asignación de G.E.R. Como se observa en la Figura 3, el 80,16% de los episodios se concentran en 9 grupos, de un total de 25.

### Consumo de recursos

Como variables de utilización de recursos se analizaron el número de visitas y el gasto en farmacia prescrito. El resto de variables de consumo, a consecuencia de su infraregistro, aportaban información poco significativa, por lo que no fueron analizadas en profundidad.

### Número de visitas anuales

Para el análisis de esta variable no se incluyó a los pacientes que no acudieron a la consulta a lo largo del año 2002, aun cuando presentaban un consumo en farmacia. La media global del número de visitas por paciente durante ese año fue de 6,56 (mediana 5). El

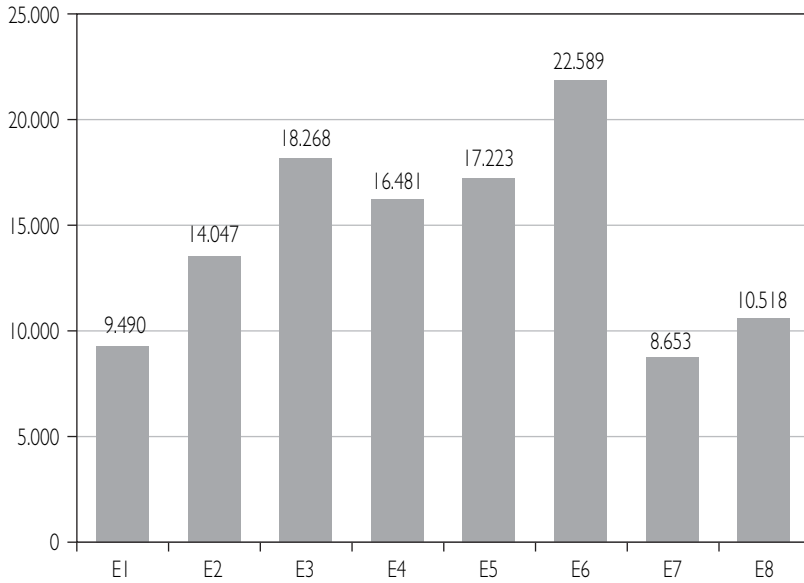


Fig. 1. Población de estudio. Distribución por E.A.P.

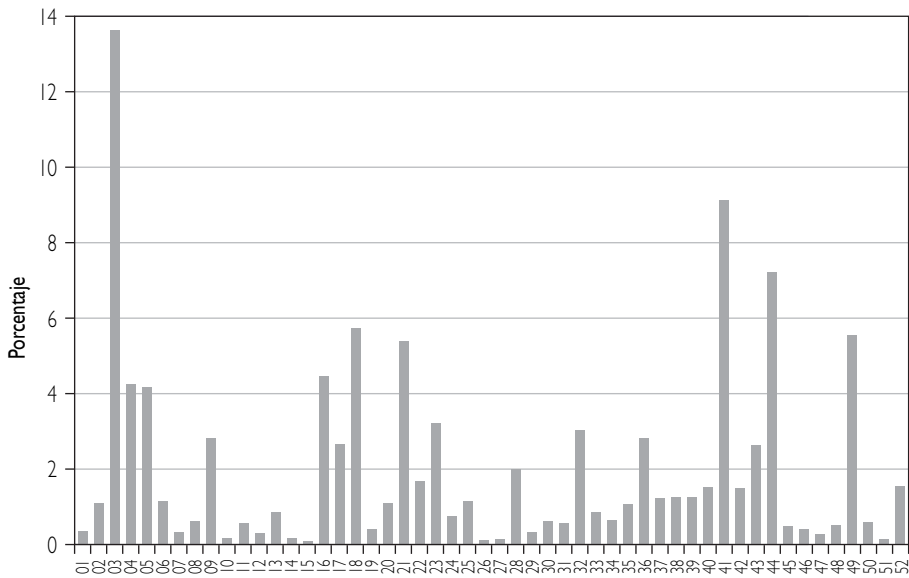


Fig. 2. Clasificación de pacientes por A.C.G. (%)

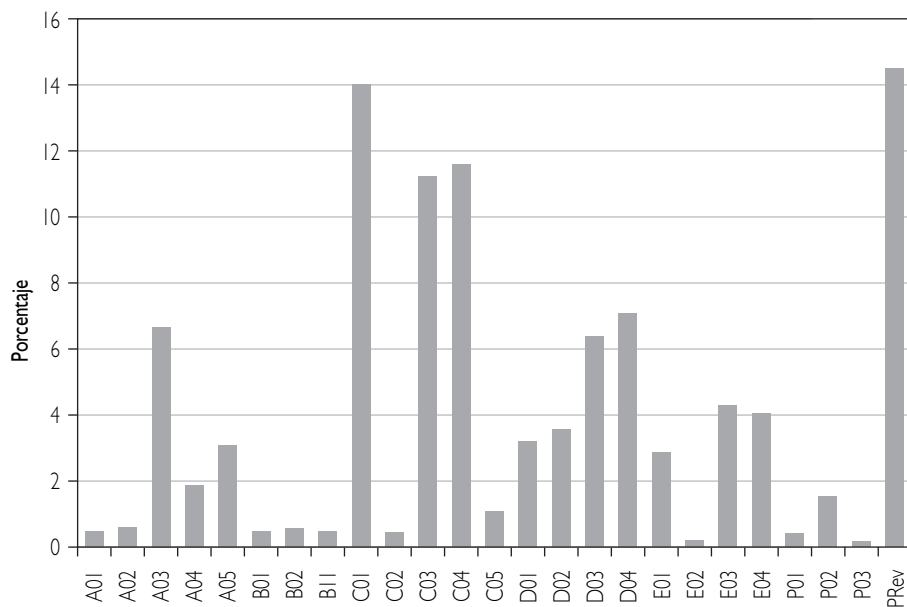


Fig. 3. Distribución de episodios según G.E.R./C.N.A. (%)

número total de pacientes que acudieron al menos una vez a consulta fue de 116.520, realizando un total de 764.622 visitas. El 77,34% de los pacientes acudieron a consulta menos de 10 veces al año, y alrededor del 10% de los pacientes realizaron 14 ó más visitas a su médico durante este período (Figura 4).

En la Figura 5 se muestran los descriptivos de la variable *Número de visitas* para cada A.C.G. Analizando esta variable para cada uno de los A.C.G., el número medio de visitas por paciente siguió una tendencia creciente en relación con el número de A.D.G. presentes en el paciente, indicador de la complejidad-comorbilidad del A.C.G. Además, puede visualizarse el efecto de programas preventivos, como el control del niño sano, al observar el número medio de visitas anuales en los

A.C.G. 01, 02, 03, que corresponden a pacientes con enfermedad aguda leve en usuarios de 1 año, 2-5 años y mayores de 6 años respectivamente.

El C.V. global para la variable *Número de visitas* se situó en 0,96 (Figura 6). Los C.V. para cada A.C.G. mostraron una reducción significativa a excepción de tres A.C.G.: 08 Crónico inestable que presenta un C.V. mayor (1,15) quizá por el carácter de inestabilidad del paciente que le confiere una práctica asistencial no protocolizada; 06 Recurrente y sin alergias y 07 Asma con C.V. ligeramente superiores (1,01 y 1,00).

La variabilidad observada en el *número de visitas* anuales por paciente fue explicada sólo en un 4,4% por la edad y en un 0,9% por el género, siendo la morbilidad diagnóstica (A.D.G.) la que presentó mayor capacidad explicativa:



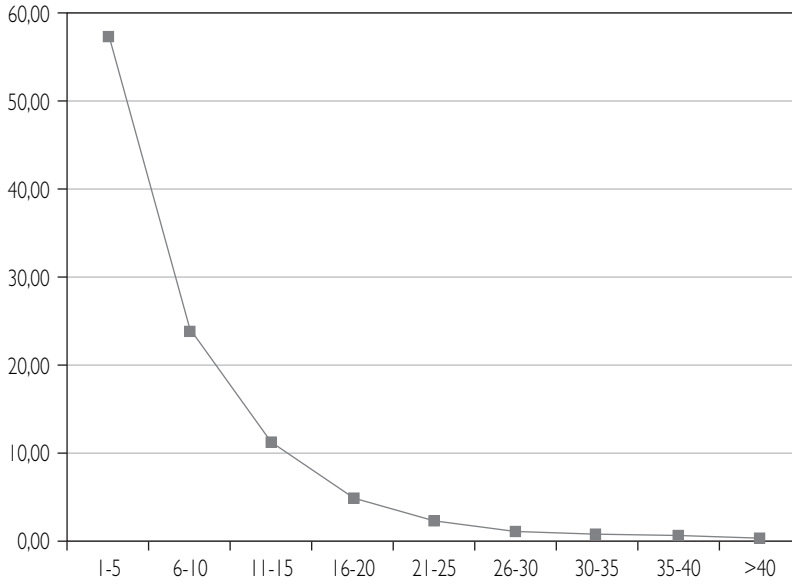


Fig. 4. Número de visitas anuales por paciente (2002)

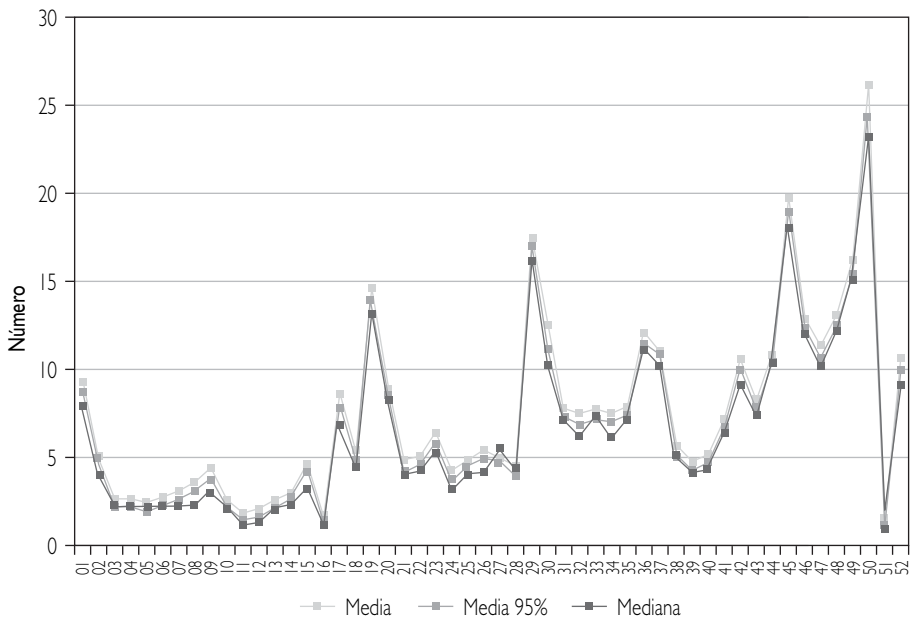
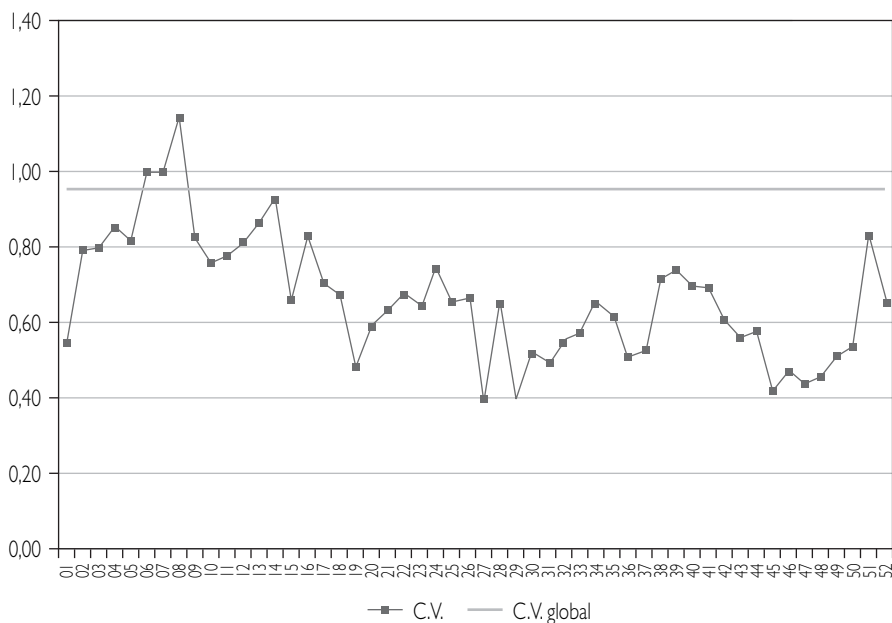


Fig. 5. Número de visitas anuales por A.C.G. (2002)



**Fig. 6. C.V. global y para cada ACG de número de visitas (2002)**

un 53,5%. Los A.C.G. explicaron un 45,6% de la variabilidad en la utilización anual del recurso visita por paciente.

La media global de número de visitas realizadas por episodio fue de 2,03 (mediana 1). Analizando la variable número de visitas realizadas para cada uno de los grupos de episodios, el modelo básico A03 Factores de riesgo presentó una media de visitas muy superior (4,67), al igual que el B01 Enfermedades consuntivas y el B02 Enfermedades invalidantes (3,41 y 3,21 respectivamente).

El C.V. eliminando valores extremos se situó en 0,81. Como se observa en la Figura 7, los C.V. para cada modelo básico mostraron una reducción a excepción del B01 Enfermedades consuntivas (C.V. 0,88).

Solamente un 4,5 % de la variabilidad observada en cuanto al Número de visitas por episodio dependió de la edad. La clasificación G.E.R. junto con la edad y el género explicaron el 26,5% de la varianza existente en el Número de visitas por episodio.

El gasto total en farmacia incurrido por los pacientes atendidos durante el año 2002 fue de 14.960.756,22 €.

Se definieron como pacientes con valores extremos aquellos cuyo gasto de farmacia fue superior al percentil 95 en cada A.C.G., constituyendo un 4,98% los pacientes excluidos. Al excluir a estos pacientes del análisis (Figura 8), los C.V. se mantienen por debajo del C.V. global en todos los A.C.G. salvo para los A.C.G. 12 y 16 correspondientes a pacientes crónicos inestables de especialidad (oftalmología, traumatología).

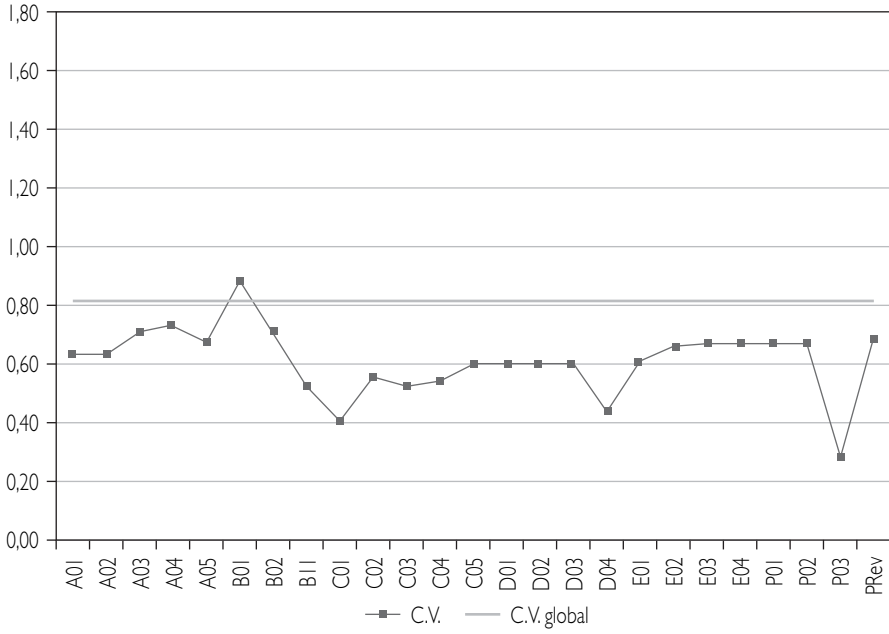


Fig. 7. C.V. global y para cada modelo básico de la variable número de visitas sin valores extremos (2002)

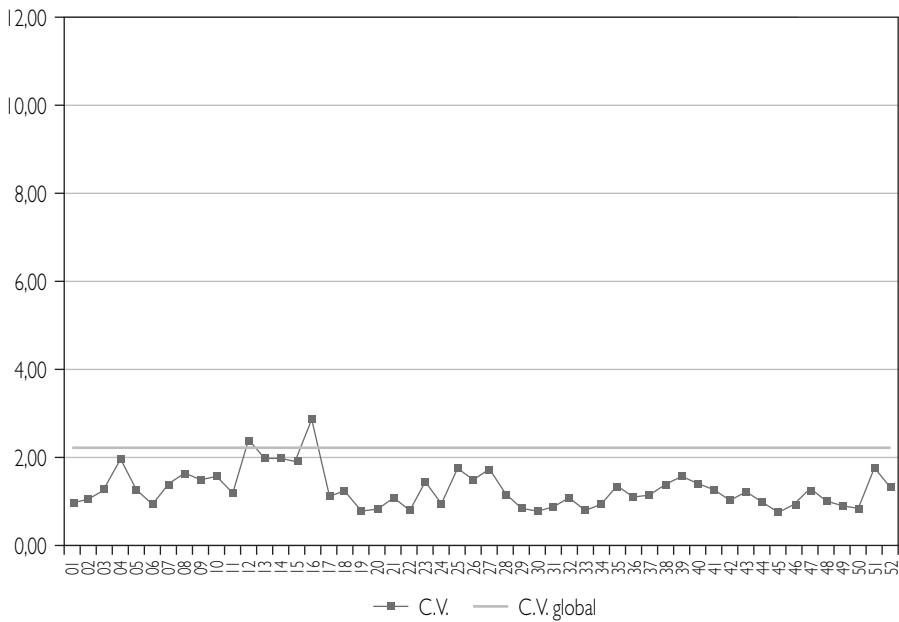


Fig. 8. C.V. global y para cada A.C.G. de farmacia sin extremos

gía y O.R.L.) y los que sólo han visitado por motivos preventivos/administrativos. La diversidad diagnóstica inherente a estos pacientes podría justificar la variabilidad observada en estos grupos.

Para la variable gasto en farmacia, la edad del paciente explicó un 19,2% de la variabilidad observada, la morbilidad (A.D.G.) un 41,6% y el A.C.G. el 40,8%.

El C.V. global eliminando valores extremos para la variable farmacia se situó en 3,13 en el caso de los G.E.R. Dichos C.V. mostraron una reducción significativa excepto para los modelos básicos: P03 Detección precoz y protección ante enfermedades prevalentes (C.V. 8,50), P01 Necesidades de educación sanitaria ante dudas de salud (C.V. 3,83), A02 Hábitos de riesgo (C.V. 3,85) y B11 Problemas sanita-

rios de origen social (C.V. 3,41) tal como se observa en la Figura 9.

La variabilidad explicada por los G.E.R. más la edad y el género del paciente para la variable farmacia fueron de un 21,3%.

### Discusión

El presente estudio aporta como novedad la realización de una evaluación retrospectiva de una cohorte del total de pacientes atendidos en ocho E.A.P. de nuestra área sanitaria aportando tres ventajas significativas con respecto a los estudios publicados en nuestro país<sup>5-9</sup>: 1) la evaluación retrospectiva impide la modificación del comportamiento habitual de los profesionales de A.P., que puede influir en el grado de registro en la historia clínica informatizada, sobre todo hacia un incremento

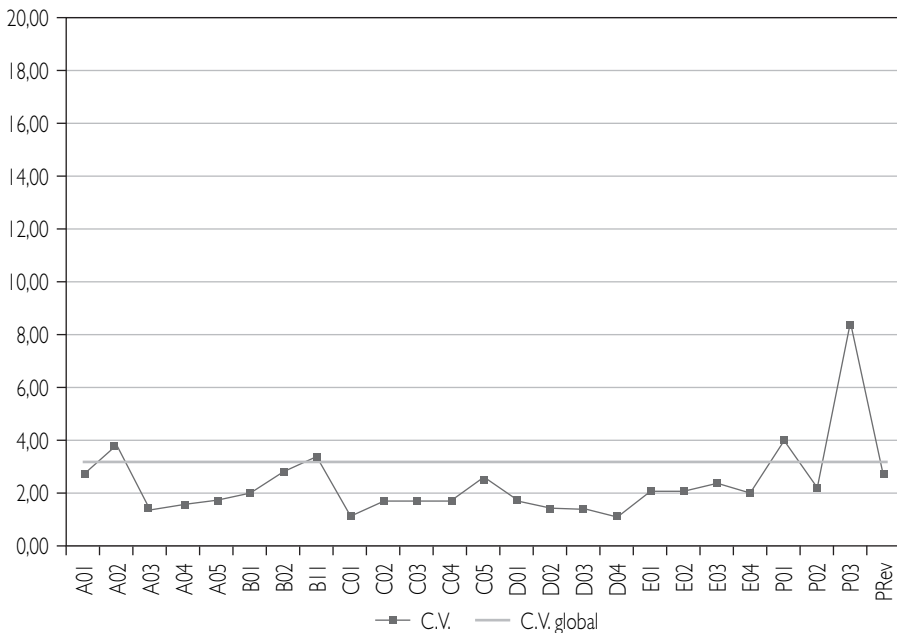


Fig. 9. C.V. global y para cada modelo básico de la variable farmacia sin valores extremos (2002)

de éste; 2) al haberse prescindido de técnicas de muestreo y al haberse incluido en el análisis el 100% de la población atendida durante el período de estudio, los resultados obtenidos presentan una mejor validez interna y externa; 3) se trata de la cohorte de pacientes y episodios más amplia hasta ahora utilizada.

Debido a que tanto los A.C.G. como los G.E.R./C.N.A. ofrecen la posibilidad de obtener una medida de la carga de enfermedad de la población de referencia, los resultados constituyen el *case-mix* de seis zonas básicas de salud de nuestra área sanitaria.

Los pacientes se clasificaron con mayor frecuencia en los A.C.G. 3 (enfermedades agudas leves, mayores de 5 años), y los A.C.G. 41 y 43 (pacientes adultos con patología múltiple), siendo estos resultados muy parecidos a los publicados en estudios previos<sup>7,8</sup>. Asimismo, el 51,7% de los episodios registrados se distribuyeron entre los modelos básicos C01 (síndromes específicos autorresolubles), el C04 (signos/síntomas, potencialmente riesgosos de período ventana breve), y el C03 (problemas agudos banales) que reflejan claramente la patología más frecuentemente vista en la A.P.

El poder explicativo de los A.C.G. sobre la variabilidad en la utilización anual del recurso visita por paciente fue de un 45,6%, superior al conseguido en estudios realizados de manera retrospectiva en nuestro ámbito sanitario<sup>8</sup>. Asimismo, se confirma el bajo poder explicativo sobre el número de visitas que ofrecen ciertas características del paciente como la edad y el sexo, lo que obliga a considerar la morbilidad para poder estimar la carga de trabajo de los profesionales sanitarios de la A.P.<sup>9</sup> El poder explicativo de la variabilidad en la utilización anual del recurso Farmacia prescrita

fue de un 40,8%, variable poco explorada en la bibliografía de este país.

Sin embargo, el poder explicativo de los G.E.R./CNA no demostró ser suficiente ni para la variable Número de visitas (26,5%) ni para la variable Farmacia (21,3%), por lo que no puede concluirse que se trate de un buen S.C.P. "isoconsumo" de recursos.

Debido a la existencia de errores de registro en la historia clínica informatizada, no se consiguió valorar la capacidad explicativa de ninguno de los dos S.C.P. en función de variables de coste como las derivaciones a otras especialidades y las pruebas diagnósticas solicitadas (laboratorio, pruebas de imagen). El sistema de codificación utilizado por los profesionales de nuestra área sanitaria es la C.I.A.P.<sup>10</sup>, con la consiguiente dificultad a la hora de recodificar a C.I.E.-9-M.C., aunque se trata de la clasificación más apta para la A.P. Asimismo, la sobreutilización del episodio Actividades preventivas en la historia clínica conlleva a que sea el grupo con mayor consumo de recursos, cuando no es esto lo más adecuado. Se debe seguir avanzando en el desarrollo de la informatización de las consultas de A.P., insistiendo en la calidad de los registros en la historia clínica.

## Agradecimiento

Este estudio no hubiera sido posible sin la inestimable ayuda de la Escuela Andaluza de Salud Pública y la colaboración de todos los profesionales sanitarios que construyeron la clasificación G.E.R./C.N.A.

## Citas bibliográficas

1. Juncosa S, Bolívar B, Roset M, Martínez C. Influencia de la unidad de análisis en los estudios de utilización de

- recursos en Atención Primaria. *Gac Sanit.* 1999;13:53-61.
2. Prados A. Sistemas de clasificación de pacientes ambulatorios. En: Libro del Año de Medicina Familiar y Comunitaria. Saned. 1997;10:179-201.
  3. Bolívar B, Prados A, Gervás J, Juncosa S, Carrillo E. Sistemas de clasificación en grupos isoconsumo (*case-mix*) en Atención Ambulatoria. *Perspectivas para nuestra Atención Primaria. Aten Primaria.* 1996;17:74-83.
  4. Bolívar B, Juncosa S. Los grupos de atención ambulatoria como sistema de clasificación de pacientes para la Atención Primaria. *Cuadernos de Gestión.* 2000;6:19-24.
  5. Bolaños Carmona V, Ocaña Riola R, Prados Torres A, Gutiérrez Cuadra P. Variations in health services utilization by primary care patients. *Health Serv Manage Res.* 2002;15(2):116-125.
  6. Juncosa S, Bolívar B, Roset M, Tomas R. Performance of an ambulatory case-mix measurement system in primary care in Spain. *Ambulatory care groups. Eur J Public Health.* 1999;9:27-35.
  7. Juncosa S, Bolívar B. Un sistema de clasificación de pacientes para nuestra atención primaria: los *ambulatory care groups (ACG)*. *Gac Sanit.* 1997;11:83-94.
  8. Hormigo A, García AJ, Martos F, García MC, Montesinos AC, Prados A, y cols. Evaluación retrospectiva del comportamiento de los grupos de cuidados ambulatorios en un centro de salud. *Aten Primaria.* 1998;21:36-42.
  9. Orueta JF, López-De-Munain J, Báez K, Aiarzaguena JM, Aranguren 10. JI, Pedrero E. Application of the Ambulatory Care Groups in the Primary Care of a European National Health Care System. Does it work? *Med Care.* 1999;37:238-248.
  10. Rosell M, Bolívar B, Juncosa S, Martínez C. Episodio: concepto y utilidad en la Atención Primaria. *Aten Primaria.* 1995;16(10):87-94.
  11. Lamberts H, Word M. *Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP)*. Barcelona: Masson SG; 1990.

## INDICACIONES GENERALES

- Pueden optar a los Premios Profesor Barea todas las Instituciones públicas o privadas relacionadas con el sector sanitario.
- Los Premios están destinados a proyectos inéditos, finalizados o en fase avanzada de desarrollo que supongan una mejora sustancial en la gestión y evaluación de costes sanitarios.
- Todos los trabajos finalistas serán publicados en un volumen de la 4 edición de los premios.
- El plazo para la presentación de los trabajos finaliza el 15 de diciembre de 2005.
- La entrega de los Premios en todas sus modalidades se realizará el 9 de marzo de 2006 en el Aula Magna de la Universidad Carlos III de Madrid.

## MODALIDADES DE PARTICIPACIÓN

1. Los Centros Sanitarios como Empresas de Servicios: Gestión Global
  - Cada Entidad podrá presentar únicamente un proyecto
  - El premio está dotado con 6.000 euros.
2. Proyectos multientidad
  - Cada Proyecto debe venir presentado por más de dos entidades
  - El premio está dotado con 6.000 euros.
3. Gestión de un área de conocimiento
  - No existe límite en el número de trabajos
  - El premio está valorado en 3.000 euros.
4. Investigación, desarrollo y nuevas tecnologías
  - No existe límite en el número de trabajos.
  - El premio está valorado en 3.000 euros.

## JURADO

- D<sup>a</sup> Margarita Alfonso Jaén
- D<sup>a</sup> Angeles Amador Millán
- D. Josep María Capdevila i Miravert
- D. José Ignacio Echániz Salgado
- D. Alfredo García Iglesias
- D. Fernando Lamata Cotanda
- D<sup>a</sup>. Elena Miravalles González
- D. Javier Moreno Barber
- D. Gregorio Peces Barba Martínez
- D. Juan Manuel Reol Tejada
- D. José Manuel Romay Beccaría
- D. José María Segovia de Arana
- D. Jerónimo Saavedra Acevedo
- D. Xavier Trias i Vidal de Llobatera
- D. Juan Velarde Fuertes

## Asesoras Técnicas

- D<sup>a</sup> Carmen Pérez Mateos
- D<sup>a</sup> Isabel Prieto Yerro



PARA PRESENTACIÓN DE  
TRABAJOS CONSULTE EN  
[www.fundacionsigno.es](http://www.fundacionsigno.es)

# Premios Profesor Barea

# 4<sup>a</sup> edición

# marzo 2006

# El hospital como empresa ¿realmente es así?

Elviro Peña FJ<sup>(1)</sup>, Leube C<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Dirección Gerencia Hospital El Escorial

<sup>(2)</sup>Fundación Signo

felviro@hotmail.com

## Resumen

Los hospitales han evolucionado a lo largo del tiempo hasta convertirse en las estructuras que conocemos y gestionamos actualmente.

Este artículo reflexiona sobre su evolución y analiza su estructura empresarial y los requisitos de evolución y mejora.

*Palabras clave:* Hospital como empresa, Herramientas de gestión, Organización.

## Hospital as a company: is it really this way?

### Abstract

During long time, hospitals have developed to turn into these structures we know and manage in the present.

This article reviews hospitals evolution analyzing their managerial structures and all development and improvement requirements.

*Key words:* Hospital as a company, Management tools, Organization.

## Introducción

Desde la definición y el análisis histórico de los hospitales se plantean las siguientes cuestiones que son las que vamos a analizar:

¿Qué es y cómo se organiza un hospital?

¿Qué es una empresa? ¿Es el hospital una empresa?

¿Qué queremos que sea un hospital? ¿Conseguimos hacer lo que hemos definido como objetivos a realizar? ¿Con qué herramientas contamos?



¿Qué métodos tenemos de evaluación y desarrollo para poder seguir evolucionando en la línea correcta?

### ¿Qué es un hospital?

El diccionario de la Real Academia Española lo define como: *Establecimiento dedicado al diagnóstico y tratamiento de enfermos donde se practican también la investigación y la enseñanza.*

Esta definición no se corresponde a lo que eran estas instituciones hasta hace relativamente poco tiempo. Para llegar a las herramientas necesarias para su gestión, es necesario realizar un breve análisis histórico.

Todavía a finales del siglo XIX la mayoría de los enfermos eran atendidos en los domicilios particulares. Los hospitales existentes podían depender bien de las órdenes religiosas o bien presentaban una estructura laica. La propia municipalización y secularización de estos centros va unida a la toma de conciencia por parte de la sociedad y los poderes públicos, que comienzan a entender la sanidad como una función social. Esta situación conlleva la responsabilidad de estos mismos poderes en la creación, organización y mantenimiento de los hospitales y en la dotación de medios y mayor especialización de los profesionales<sup>1</sup>. Eran casas de acogida a enfermos terminales, centros de recuperación "ambientales" (como es el caso de los tuberculosos en centros de alta montaña) o bien centros de aislamiento para enfermedades mentales. En todos estos casos los enfermos eran diagnosticados y principalmente atendidos o recogidos, pero el tratamiento, la investigación y la enseñanza eran mínimos.

En las primeras décadas del siglo XX los pacientes siguen siendo en su ma-

yoría atendidos en sus domicilios financiándose con un sistema de iguales a los médicos (antecedentes de los seguros privados actuales); los hospitales basan su estructura asistencial en los cuidados de enfermería y su estructura física en edificios en pabellones, una organización centrada en hostelería e intendencia y un área administrativa pequeña de control de contabilidad.

A mediados del siglo XX se produce un avance espectacular de la cirugía (las guerras mundiales contribuyeron, lamentablemente, a ello) y un incremento importante del conocimiento de la patología, su diagnóstico y tratamiento. Esto produce un cambio en la organización hospitalaria médica y quirúrgica, y se empiezan a desarrollar, y desgajar, las especialidades. Comienza también un tímido desarrollo de la tecnología para realizar pruebas que permitan este diagnóstico: laboratorios y radiología. Su organización continúa basándose en la infraestructura hotelera y un sistema básico de contabilidad. En consonancia con esa organización, disponían de una estructura directiva elemental.



Entre las décadas de los años 60 y los 80 se incrementa notablemente el conocimiento

médico y, en consecuencia, se desarrollan múltiples especialidades que contribuyen al avance espectacular de la medicina. Paralelamente, el desarrollo tecnológico incrementa la capacidad de los médicos para diagnosticar y tratar enfermedades hasta entonces incurables. Se construyen grandes residencias sanitarias provinciales y ciudades sanitarias<sup>2</sup>, y se produce la separación ambulatorio-hospital. La necesidad de formación en estas nuevas técnicas y

tecnologías y la rapidez de su avance convierten a los hospitales en los centros básicos de formación médica tal y como los conocemos actualmente. La organización se hace más compleja y se desarrolla una estructura de soporte y dirección jerarquizada y colegiada: un director, médico, la junta facultativa como guía de la actividad, una enfermera jefe responsable de cuidados y jefes de servicio o departamento como elementos básicos asistenciales, dejando la organización y gestión en manos de un administrador y una estructura orientada a la gestión burocrática de documentos y facturas que cada día es más compleja tanto por la cantidad y diversidad de recursos y técnicas como por el número de trabajadores empleados y la diversidad de funciones.

Cada uno de los servicios del hospital funciona de manera independiente del resto, con demanda propia y no coordinada con otras unidades y con falta de objetivos comunes de la institución. Esto, unido a la falta de conocimiento y aplicación de las herramientas de gestión habituales en otros sectores, tiene consecuencias muy negativas para el sistema. Se producen incrementos presupuestarios espectaculares y descontrolados, se desconoce la cantidad y calidad del producto hospitalario y, en consecuencia, se alcanza un riesgo elevado de descapitalización en estas instituciones.

En paralelo con esta situación, se observa un incremento de demanda por parte de los ciudadanos, que, en consonancia con una mayor información sobre las posibilidades de la medicina y el avance de la sociedad del bienestar, solicitan cada día más y mejores servicios sanitarios y acuden con una mayor frecuencia a los hospitales, por entender que es en esos centros y no en los ambulatorios donde pueden atenderles mejor.

En el año 1987 se publica el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales: RD 521/87. Será de aplicación a las instituciones sanitarias cerradas de la Seguridad Social gestionadas por el Instituto Nacional de la Salud.

Con este RD se pretende dotar a los hospitales de una estructura y organización uniformes, mucho más empresarial y acorde con las necesidades y exigencias actuales. Se exigen titulaciones adecuadas a las funciones a realizar y se establece el organigrama y comisiones específicas para cada área. También son específicas tanto la composición, como las funciones y periodicidad de reunión de estas comisiones.

Define claramente qué se entiende por hospital así como su relación con Atención Primaria<sup>3</sup>:

*Artículo 5.1. Los hospitales tendrán como funciones primordiales las de prestación de asistencia especializada, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, conforme a los programas de cada área de salud, así como las de investigación y docencia, complementando sus actividades con las desarrolladas por la red de Atención Primaria del área correspondiente.*

*A los efectos previstos en el número anterior, y además de la cobertura asistencial especializada, los hospitales prestarán a los centros de la red de Atención Primaria del área la información necesaria para el diagnóstico y tratamiento, procurándose la máxima integración de la información relativa a cada paciente.*

También regula el acceso a la Atención Especializada.

*3. El acceso a los servicios hospitalarios se efectuará una vez que las posi-*

*bilidades de diagnóstico y tratamiento de los servicios de Atención Primaria hayan sido superadas, salvo en los casos de urgencia vital.*

Los años transcurridos desde entonces no han hecho sino consolidar la tendencia generada en las décadas anteriores:

Tenemos un paciente informado y demandante que está obligando a evolucionar la gestión hospitalaria.

Tenemos una demanda creciente, tanto en cantidad como en tecnología, y unos recursos limitados para cubrir esa demanda.

La descentralización del sistema sanitario produce mayores inversiones con lo que aumenta la necesidad de gestión y evaluación de los recursos destinados.

Se ha mantenido e incrementado el conocimiento médico y se ha complicado la atención sanitaria a los pacientes.

Cada día hay más profesionales atendiendo a los pacientes, y no sólo se incrementa el número sino también su cualificación y su diversidad.

Todo ello hace más compleja la organización hospitalaria y exige una respuesta muy profesional y empresarial ante estos retos.

Cabe entonces la pregunta: ¿paralelamente a esta situación hemos desarrollado realmente nuestros hospitales como empresas? Nuestra opinión es que falta mucho por hacer.

El modelo gerencial ha consolidado una forma de organización, pero no una empresa, y existe prevención y desconfianza hacia la gestión y funcionamiento de estas instituciones, tanto

de los profesionales que trabajan en los hospitales como de las instituciones superiores muy preocupadas por el control presupuestario y por las repercusiones sociales que tienen estas instituciones si se descontrolan. Tampoco existe una ley de mercado que ayude a regularlas y, como ya se ha dicho, no tienen suficiente autonomía para poder identificarse como empresas.

## ¿Son los hospitales una empresa?

En primer lugar deberíamos preguntarnos: ¿qué es una empresa?

El diccionario la define como un *conjunto de factores humanos, materiales financieros y técnicos organizados por la Dirección, que trata de alcanzar unos objetivos acordes con la finalidad asignada de forma previa.*

No se menciona "para generar beneficios" pero es evidente que en las empresas mercantiles una de las razones de ser es el ánimo de lucro. Ahora bien: ¿deben todas las empresas generar beneficios? Se diferencian claramente los sectores público y privado:

- Sector privado: los beneficios son *conditio sine qua non*.
- Sector público: hablamos de servicios, ajustes presupuestarios y rentabilidad, no de beneficios.
- En el denominado tercer sector existen ambas posibilidades.

Los hospitales públicos y privados tienen todos los factores descritos: factores humanos, materiales, técnicos y financieros. También poseen desde el año 87 un organigrama con funciones definidas que les permitiría actuar como una empresa. Por tanto, formalmente debemos considerarlas así. Pero ¿cómo funciona una empresa?

Una empresa nace de una idea, visión y misión, y esa idea se plasma en unos objetivos a conseguir. Y quizás ése sea el principal escollo ante el que nos enfrentamos actualmente. No sabemos cuáles son nuestros objetivos como empresa. Por supuesto, todos los hospitales tienen objetivos anuales y algunos incluso los han conseguido descentralizar haciendo partícipes a colectivos importantes (principalmente servicios médicos) de una parte o la totalidad de los mismos. Pero no partimos de una situación en la que el hospital haga una reflexión propia de su situación actual, finalidad, visión y misión y, a partir de ahí se construyan los objetivos, sino que normalmente disponemos de unos objetivos superiores a los que adaptamos nuestra organización y que intentamos cumplir adecuadamente. Por eso, el desarrollo de los hospitales como empresa debería llevarnos a una reflexión colectiva de las preguntas básicas de toda

empresa: ¿qué queremos? ¿Sabemos cuáles son nuestra vocación, nuestra visión de la empresa, nuestra misión como empresa, y, sobre todo, nuestra misión dentro del sistema?

En esta fase, toda actividad empresarial cuenta con un MTP (*medium term planning*) y un LTP (*long term planning*), es decir, una planificación contrastada, basada en unos sistemas de información fiables y en un histórico ajustado.

Una vez conocidas las respuestas a estas preguntas es cuando empieza el proceso de producción, al que incorporaremos los factores necesarios para conseguirla (el trabajo, los recursos materiales y, fundamental en nuestro ámbito, el conocimiento) y se establece una organización. Con ello podremos realizar la actividad y conseguir los resultados buscados (Figura 1).

Elviro Peña F.J. y cols. El hospital como empresa ¿realmente es así?

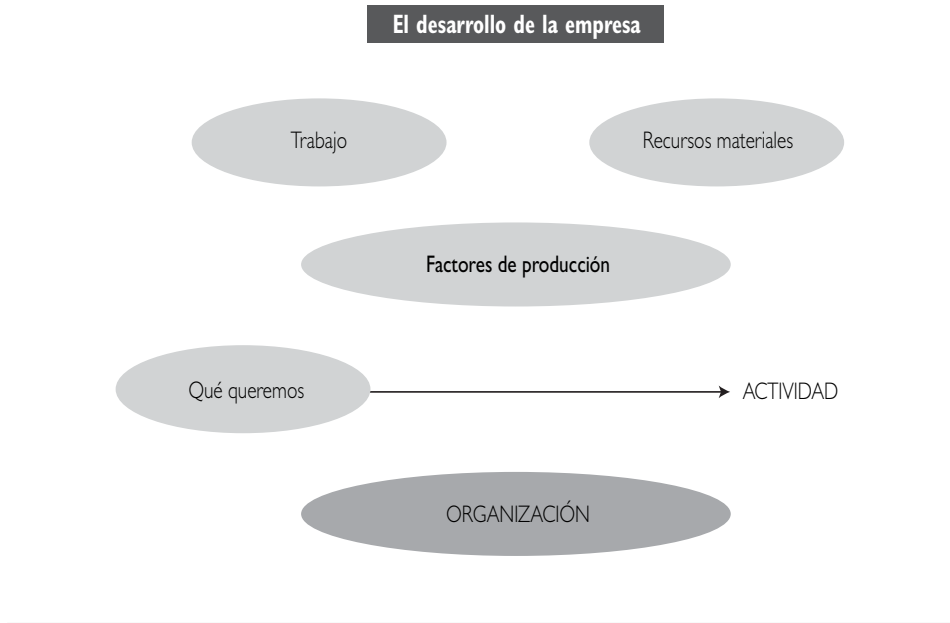


Fig. 1. Actividad de la empresa

La actividad debería venir directamente delimitada por los criterios básicos de producción:

1. Cantidad: conseguir las unidades de producción adecuadas en el tiempo asignado. Debemos tener un catálogo que recoja y defina esas unidades de producción. Para que la cantidad sea la que queremos, debemos contar con una organización flexible y adecuada y un diseño de procesos debidamente planificado.
2. Calidad: conseguir el resultado esperado en tiempo y forma, a la primera y sabiendo siempre que se puede mejorar. El resultado esperado supone que el producto o servicio conseguido responda a las expectativas que teníamos previstas y puestas en él. Debe realizarse a la primera y en tiempo y forma: eso supone que previamente se han establecido unos diseños de los procesos y unos protocolos que así lo aseguran. Finalmente, deben establecerse las formas de medida y evaluación continua que permitan un análisis de esos resultados para su continua mejora<sup>4</sup>.
3. Valor añadido: toda actividad realizada sólo tiene sentido si produce un valor superior a la suma de los productos utilizados. La organización debe valorar sus recursos y resultados teniendo en cuenta que hacer el trabajo de forma más difícil siempre resulta más fácil. Un mal diseño suele generar un exceso de puestos de trabajo carentes de contenido real. Esto tiene incidencia directa en el incremento de los costes de la actividad y en tener un personal desmotivado y ajeno al proyecto. Puede llegar a ser peor "que alguien viva de" que "que alguien muera de". Se deben definir las actuaciones a realizar

basadas en los resultados que debemos obtener y los recursos necesarios para cada acción valorando el coste de oportunidad que ello nos supone. Siendo una realidad que el mundo sanitario es una fuente importante de empleo, no es menos cierto que no es función, ni responsabilidad, de ningún gestor la creación de puestos de trabajo. Eso es exclusivamente una consecuencia de una buena gestión, no un objetivo<sup>5</sup>.

4. El resultado tiene que ser evaluado para comprobar que efectivamente la actividad realizada contiene los criterios de cantidad, calidad y valor añadido deseados.

### **¿El producto obtenido es el que realmente buscábamos? ¿Qué hemos obtenido?**

Para el desarrollo de una empresa ya tenemos qué queremos, ya se ha diseñado la actividad para conseguir unos resultados. Ahora hay que verificar que éstos se corresponden con los deseados inicialmente. Eso únicamente es posible utilizando los sistemas de información: el cuadro de mandos (Figura 2).

Un buen cuadro de mandos es un elemento básico para el mantenimiento, desarrollo y futuro de toda empresa<sup>6</sup>.

Los elementos que debería contener en todo caso son:

1. Actividad: qué hacemos. El producto empresarial es homogéneo, tangible (sabemos lo que compramos), tiene una unidad de medida bien definida (en productos o en euros) y se conoce su funcionamiento y evolución en el mercado, que son estándares, pues ya tiene una historia larga. Frente a esto, el producto

## El desarrollo de la empresa

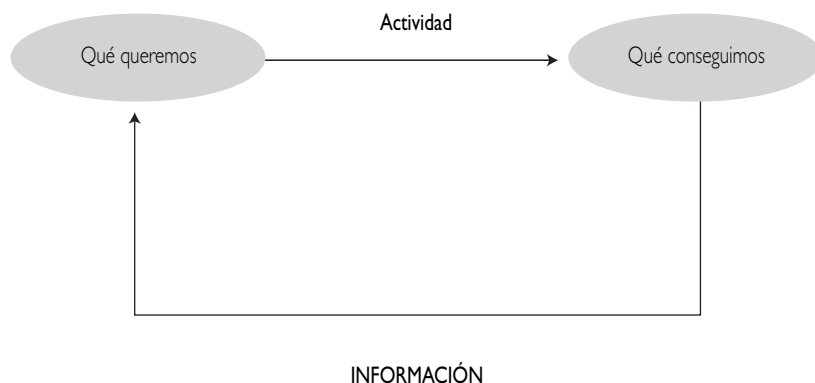


Fig. 2. Desarrollo de la empresa

hospitalario es muy poco homogéneo, es intangible (no sabemos lo que vamos a comprar), la estancia es su unidad de medida y todavía estamos en un sistema precario en cuanto a su funcionamiento dependiendo muchas veces de quien lo maneja. ¿Tratan los hospitales con los mismos días casos igualmente complejos? Pese a las dificultades, es necesario avanzar en el establecimiento de sistemas de medida de la actividad sensibles y específicos que, al igual que a otras organizaciones empresariales, nos permitan saber realmente lo que conseguimos y tomar decisiones de mejora.

2. Calidad: cómo lo hacemos. Si es difícil conocer la actividad, mucho más establecer indicadores realmente eficaces de calidad. La variabilidad de nuestros productos y servicios es tan grande y tan inte-

rrelacionada que dificulta el establecimiento de indicadores de calidad, máxime cuando muchas veces no nos ponemos de acuerdo entre los distintos actores de lo que significa esa palabra. A veces, el médico no entiende por calidad lo que sí lo es para el gestor y al revés. A pesar de esta dificultad, existen estructuras (comisiones clínicas, etcétera) y cultura (indicadores asistenciales, etcétera) perfectamente válidas que pueden y deben ayudarnos para establecer unos indicadores adecuados de calidad.

3. Económicos: con qué recursos realizamos la actividad. Para ello hay que establecer previamente la estructura de responsabilidad de quien realiza las actividades y homologarla. Hay que valorar cada una de las actividades que intervienen en el proceso

asistencial y asignar su coste a la unidad funcional responsable de la misma y finalmente identificar un sistema de facturación interna del hospital que repercuta básicamente en las unidades finales. Esto nos permitirá tener los datos del lugar y el motivo por el que se producen desviaciones presupuestarias y tomar las medidas necesarias en cada caso.

4. Utilidad: para qué sirven: la definición de las técnicas y su valoración económica son importantes para determinar cuáles deben permanecer y cuáles son prescindibles. Unos protocolos de actuación bien definidos evitarán todas las actividades inútiles para el resultado final.
5. Otros indicadores: cada hospital determinará qué otros indicadores pueden ser relevantes: demanda insatisfecha, actividades complementarias, etcétera.

Con el análisis de todos estos datos ya podremos comprobar si el resultado obtenido es el que queríamos alcanzar y si los recursos destinados a la consecución del mismo son los necesarios.

El cuadro de mandos permite una evaluación continua de los resultados y se podrían establecer en paralelo sistemas esporádicos de auditoría interna o externa que comprueben la veracidad de los resultados.

Aunque figura poco en manuales, no debemos olvidar que el miedo puede ser el peor enemigo de la evaluación<sup>7</sup> y que muchas de las dificultades que percibimos cuando intentamos establecer unas herramientas de evaluación provienen de él. Conseguir una imagen positiva hacia el proceso de evaluación es una de las tareas básicas de un buen gestor.

## El mantenimiento y desarrollo del hospital

Establecer una empresa, sea del tipo que sea, no es difícil. Lo más complicado es mantenerla y, sobre todo, hacerla crecer. Para ello es fundamental una buena planificación.

A diferencia de otras empresas, el hospital tiene clientes cautivos, la demanda es creciente y solamente existe competencia en la parte correspondiente a la sanidad privada (aproximadamente un 20% del total).

Así pues, ¿qué problema tiene su mantenimiento? ¿Son necesarios su desarrollo y mejora?

Hablamos del "hospital-empresa", por lo que el servicio ofertado debe ser ajustado a las necesidades, excelente y, desde luego, acorde con nuestros objetivos. Esto se conseguirá mediante la formación continua (Figura 3). Debemos conocer y aplicar las herramientas y actividades necesarias para conseguir lo que queremos, ni más, ni menos, y esas herramientas deben ser conocidas, utilizadas y mejoradas por los usuarios responsables de las mismas.

Si establecemos un paralelismo entre los niveles formativos de la empresa y del hospital (Figura 4), veremos que existe un primer nivel de conocimiento de las actividades a realizar, que se correspondería al nivel de información del hospital.

Un segundo escalón, una vez conocidas las actividades, es el del aprendizaje de las actuaciones necesarias y normalmente muy específicas y de los protocolos propios de cada empresa para llevarlas a cabo. Siempre incluye la gestión de los recursos y sistemas de evaluación y control. Es el *training* que las empresas asumen

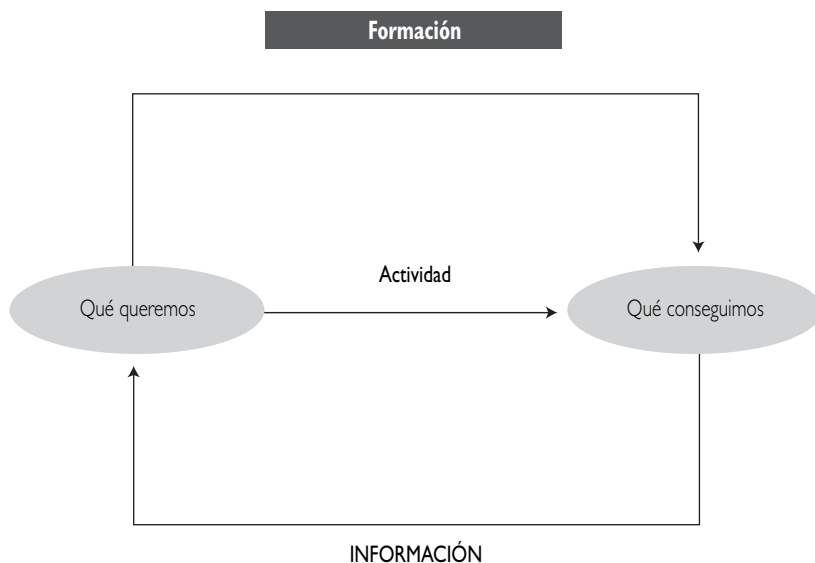


Fig. 3. Mantenimiento de la empresa

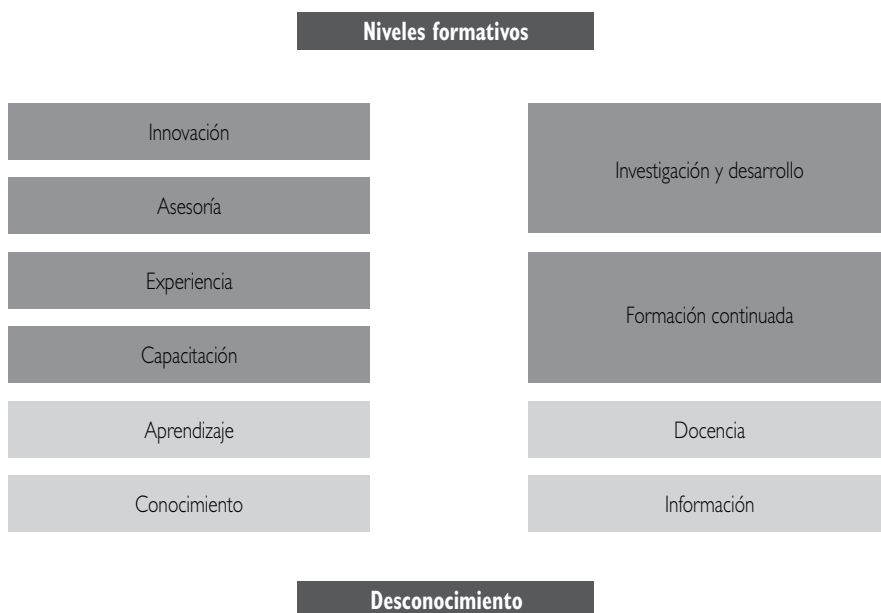


Fig. 4. Comparación niveles formativos empresa/hospital



como inversión. En los hospitales la docencia se concreta normalmente en los actos clínicos y rara vez alcanza a la gestión. Hay un gran desconocimiento en todas las áreas de cuáles son los mecanismos y herramientas que permiten medir y, por lo tanto, mejorar muchos de los aspectos de la actividad<sup>5</sup>.

Un tercer nivel sería el de la capacitación y la experiencia, el desarrollo y mejora de lo aprendido. Se corresponde con la formación continuada que, nuevamente, sólo suele afectar a la parte clínica y tecnológica de las actividades realizadas.

El último escalón es el que permite la supervivencia y duración de la empresa en un entorno de competencia. Es la innovación (Figura 5), la I+D (investigación y desarrollo). La actividad investigadora reflejará la capacidad del

hospital para preguntarse sobre las razones de ser, la eficacia de su misión y su futuro. Tradicionalmente, la investigación se ha orientado hacia la mejora del conocimiento sanitario en general y médico en particular. Sin embargo, el concepto de I+D debe ser mucho más amplio y abarcar todas las facetas que constituyen y componen esta empresa tan compleja. Así, debemos investigar sobre nuestro conocimiento, pero también sobre nuestra actividad, organización, desarrollo, formación, y, por supuesto, sobre nuestros clientes, sus expectativas, problemas, fidelización, etcétera. Desarrollar un espíritu de I+D en todas nuestras actividades es un deber, y una responsabilidad, de todo gestor preocupado no sólo por el devenir diario de su actividad y trabajo sino también por el futuro de su empresa, de todos los que la componen y de aquellos a quienes sirve.

### La supervivencia de la empresa

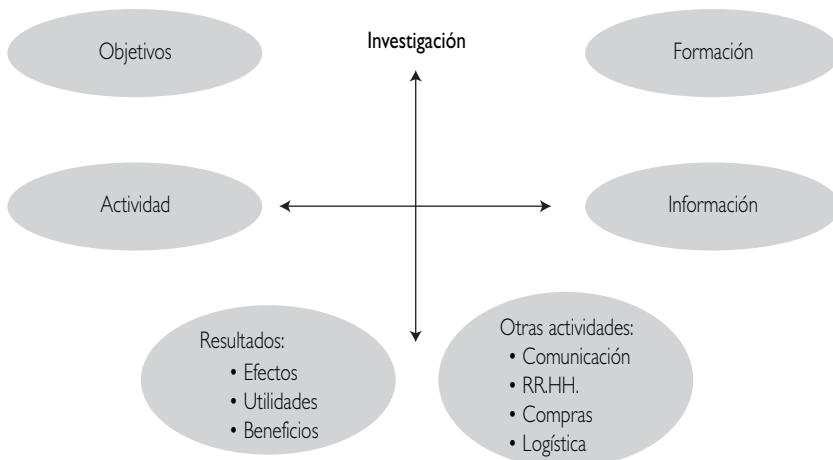


Fig. 5. Investigación y excelencia

## Conclusiones

Así pues, los hospitales tienen estructura y herramientas empresariales a su alcance, pero todavía hay mucho trabajo por hacer para que realmente puedan considerarse como empresas. Es cierto que la no existencia de un mercado dificulta este logro, pero, aun así, podemos, y debemos, utilizar muchas de las herramientas que ya se aplican en el entorno empresarial y que nos permitirán ser cada día mejores y, desde luego, rentables (en el tipo de objetivos que nos propongamos) con criterios de excelencia y evaluación que permitan una mejora continuada en nuestras actividades.

## Agradecimientos

Al servicio de Farmacia del Hospital Universitario de Getafe, los promotores de este artículo.

## Citas bibliográficas

1. Breve historia del Hospital General Universitario de Valencia ([www.san.gva.es](http://www.san.gva.es)).
2. Hospital 12 de Octubre: nuestra historia ([www.12o.es](http://www.12o.es)).
3. Real Decreto 521 de 16 de abril de 1987.
4. Drummond H. La calidad total. Ediciones Deusto; 1997.
5. Pineda P. Gestión de la formación en las organizaciones. Ariel Educación; 2002.
6. Kaplan R, Norton D. Cuadro de mandos integral. Gestión 2000. 2.<sup>a</sup> ed. Oct. 2000.
7. Senge P. La danza del cambio. Gestión; 2000.



# Nivel socioeconómico y demanda asistencial en Atención Primaria

González Medel J<sup>(1)</sup>, Fernández Ruiz ML<sup>(2)</sup>, Sánchez Bayle M<sup>(3)</sup>, Salcedo Mata JA<sup>(4)</sup>, Villanueva Aranguren L<sup>(5)</sup>, Furones Blanco F<sup>(6)</sup>, Font Pérez R<sup>(7)</sup>, García Lozano ML<sup>(8)</sup>

<sup>(1)</sup>Médico, CS Potes, <sup>(2)</sup>Enfermera, CS Vandel,

<sup>(3)</sup>Médico, Unidad de Epidemiología Clínica, Hospital del Niño Jesús,

<sup>(4)</sup>Médico, CS Vicente Soldevilla, <sup>(5)</sup>Médico, CS Majadahonda, <sup>(6)</sup>Médico, CS Numancia,

<sup>(7)</sup>Médico, CS Valdebernardo, <sup>(8)</sup>Médica, CS Pozo,

Madrid

msanba@teleline.es

## Resumen

**Introducción:** numerosos estudios han señalado la influencia del nivel socioeconómico sobre el estado de salud de la población, habiéndose establecido que las personas con menor nivel socioeconómico tienen una peor situación de salud, existiendo una información contradictoria sobre la influencia del mismo sobre la utilización y consumo de recursos sanitarios.

**Objetivo:** evaluar el consumo de recursos sanitarios en función del nivel socioeconómico en consultas de Atención Primaria.

**Material y métodos:** se ha realizado un cuestionario a 1.000 pacientes seleccionados de manera aleatoria entre los que acudieron a las consultas de medicina general de diez consultas de Atención Primaria de Madrid.

**Resultados:** la edad media era de 49,99 años con una desviación estándar (DS) de 19,71, siendo el 28,4% mayores de 65 años, y el 56,3% mujeres. Un 5% de los estudiados habían nacido fuera de España. Presentaban una incapacidad el 9,1% de los estudiados, teniendo una enfermedad crónica en el 57,4% de los casos.

Se clasificó a los estudiados según el nivel socioeconómico (NSE) de acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología y la de Medicina Familiar y Comunitaria, en cinco niveles (siendo I el mejor y V el peor). La realización de una prueba radiológica, otra prueba diagnóstica y una consulta con el especialista en el mes anterior fue significativamente mayor en el NSE V respecto al I. En la regresión logística el haber tenido una consulta con el especialista se relacionó con el NSE (1,11 con IC 1,01-1,24), la presencia de enfermedad crónica (2,30 con IC 1,63-3,24) y con la edad (0,99 IC 0,98-0,99); el haberse realizado una prueba radiológica sólo con el NSE (1,22 con IC 1,06-1,41) y el haberse realizado otra prueba diagnóstica con el NSE (1,15 con IC 1,03-1,22), la presencia de enfermedad crónica (1,79 con IC 1,32-2,42) y el ser mujer (1,36 con IC 1,02-1,80).

---

Trabajo realizado con ayuda de las V Becas a la investigación de la Red Española de Atención Primaria.

El número de fármacos consumidos semanalmente y el gasto farmacéutico semanal fueron significativamente superiores tanto en el NSE V respecto al I, como en los mayores de 65 años respecto a los menores de esta edad. En cuanto a las consultas mensuales, sólo se encontraron diferencias significativas al comparar el NSE V respecto al I.

En el análisis multivariante el número de fármacos consumidos semanalmente se relacionó con el NSE, la presencia de enfermedad crónica, la edad y el hecho de ser mujer. El gasto farmacéutico semanal se relacionó con el NSE, la presencia de enfermedad crónica y la edad. Por fin, el número de consultas mensuales se relacionó con el NSE, presencia de enfermedad crónica y la presión asistencial.

*Conclusiones:* hemos encontrado una relación entre un peor nivel socioeconómico y un mayor consumo de recursos asistenciales en los usuarios de la sanidad pública en las consultas de Atención Primaria.

*Palabras clave:* Nivel socioeconómico, Consumo de recursos, Atención Primaria, Gasto farmacéutico.

## Socioeconomic level and demand in Primary Care

### Abstract

*Introduction:* A lot of investigations remarked the impact of socioeconomical influence over population health, and have established that people with a lower socioeconomic level have worse health existing a contradiction on socioeconomical level influence over use of a sanitary resources.

*Objective:* Evaluation of the use of sanitary resources according to socioeconomical level (SEL) in primary care centers.

*Patients and methods:* Authors have realized a questionnaire over 1000 patients. These were chosen, in an aleatory way, among all patients who came into a general practitioner consults in ten primary care centers.

*Results:* Middle age was 49'99 years, with a standart deflection of 19'71. 28'4% were older than 65, and 56'3% were female. 5% of people asked were born out of Spain. 9'1% of them feature a disability, and 57'4%, a chronic disease.

Patients were classified by their socioeconomical level, into five standards (I was best and V worst). A radiological test, another diagnostic test, and a specialist consults during last month was markedly higher in SEL V than in SEL I. In logistical regression the fact of having a specialist consults was related to SEL (1'11 with IC 1'01-1'24), existance of a chronic disease (2'30 with IC 1'63-3'24) and with the age (0'99 with a IC 0'98-0'99); the fact of having a radiological test related only to SEL (1'22 with IC 1'06-1'41); and the fact of having another diagnostic test related to SEL (1'15 with IC 1'03-1'22), existance of a chronic disease (1'79 with IC 1'32-2'42) and being a woman (1'36 with IC 1'02-1'80).

Amount of drugs consumed weekly and pharmaceutical spend every week were markedly higher both in SEL V compared to I and in patients older than 65 years compared to younger people. In regard to monthly consultations there were distinctions when compared SEL V related to I.

In multivariant analysis amount of drugs consumed weekly were related to SEL, as existence of a chronic disease, age and the fact of being female. Pharmaceutical spend during a week was related to SEL, as well as existence of a chronic disease and age. Finally, number of monthly consultations was related to SEL, as it was existence of a chronic disease and asistencial pressure.

*Conclusions:* Authors have found a connection between a lower socioeconomic level and a bigger use of assistencial resources in Public Health System users in primary care consults

*Key words:* Socioeconomic level, Use of medical resources, Primary Care, Pharmacological expenditure.

## Introducción

El conocimiento de las necesidades en salud de la población es un requisito ineludible para una gestión adecuada de los recursos sanitarios. Desde hace tiempo se sabe que los factores socioeconómicos influyen en el estado de salud de los individuos, de forma que los estratos sociales más bajos tienen peor salud que las clases más favorecidas. Se conoce, además, que no existe un umbral de pobreza por encima del cual se esté protegido frente a la enfermedad, sino que se trata de un gradiente lineal entre el nivel socioeconómico y el estado de salud<sup>1</sup>.

Hasta el momento se desconoce el mecanismo exacto por el que los factores sociales determinan el nivel de salud de los pacientes: aumento de prevalencia de algunas enfermedades, distinta utilización de los servicios sanitarios, etcétera<sup>2,3</sup>.

El objetivo de nuestro trabajo es evaluar el consumo de recursos sanitarios en función del nivel socioeconómico en consultas de Atención Primaria de Madrid.

## Sujetos y métodos

Los datos del estudio se obtuvieron mediante la realización de un cuestionario, adaptado de uno realizado previamente a pacientes pediátricos<sup>4</sup> y que se había validado en un estudio piloto, a 1.000 pacientes seleccionados de manera aleatoria entre los que acudieron a las consultas de medicina general de diez centros de Atención Primaria de Salud de Madrid en el año 2003. Las consultas en siete casos eran del Área 1, dos del Área VI y una de la XI.

El número de encuestas realizadas por profesional osciló entre 75 y 135. Para minimizar el efecto de la variabilidad en la práctica médica, se excluyó del estudio a los profesionales que habían realizado menos de 75 encuestas, lo que sucedió en cinco casos. Se excluyeron también del análisis 56 encuestas por estar incompletas. La población asignada por profesional fue de 1.717 tarjetas sanitarias individuales de promedio (rango de 1.200 a 2.500), con una presión asistencial, medida por el número promedio de consultas/día de 34,35 (rango de 25 a 62). La edad media de

los profesionales fue de 45,2 años (rango de 31 a 58 años).

Las encuestas se realizaron independientemente de si el paciente acudía a consulta a demanda (64,4% del total), a consulta programada (27%), por motivos administrativos (5,9%) o fuera una consulta domiciliaria (2,7%).

En la encuesta se recogían los siguientes datos: edad, sexo, tipo de consulta, país de nacimiento y nacionalidad del paciente, nivel de estudios, ocupación actual, número de hijos y/o familiares que vivían a su cargo, antecedentes personales de enfermedad crónica o discapacidad en los pacientes, número de visitas a las consultas del Centro de Salud, a servicios de urgencias y a consultas de especialistas en el mes previo, número de pruebas analíticas y exploraciones radiológicas realizadas en el mes anterior, presencia o no de hospitalizaciones en el mes anterior, número de especialidades farmacéuticas consumidas en la semana previa, dosis, nombre comercial y duración del tratamiento; por último se reseñaba cualquier situación de especial riesgo social: emigrantes sin papeles, drogadicción, alcoholismo, maltrato, ancianos que viven solos, etcétera.

Para clasificar a los pacientes según su nivel de estudios y su nivel socioeconómico (NSE) seguimos las recomendaciones del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria<sup>5</sup>. De este modo, para el nivel de estudios establecimos ocho grupos variando desde el primero: "no sabe leer ni escribir" hasta el octavo: "estudios universitarios superiores". Para el nivel socioeconómico nos basamos en la última ocupación desarrollada por el paciente, clasificándolos según los siguientes grupos:

1. Directivos de la Administración pública y de empresas de diez o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario.
2. Directivos de empresas con menos de diez asalariados. Profesiones asociadas a una titulación de primer ciclo universitario. Técnicos, artistas, deportistas.
3. Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de trabajadores manuales.
4. a) Trabajadores manuales cualificados.  
b) Trabajadores manuales semicualificados.
5. Trabajadores no cualificados.

El gasto farmacéutico se calculó según el precio de venta al público presente en el Vademécum Internacional del año 2002<sup>6</sup>.

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa informático SPSS 9.0. La comparación de porcentajes se realizó con la prueba del Chi cuadrado. Para el resto del análisis se utilizaron pruebas no paramétricas tras comprobarse la distribución no normal de los datos. Las diferencias en el consumo de recursos entre los niveles socioeconómicos I y V se estudiaron con el test de Mann-Whitney. Utilizamos el coeficiente de correlación de Spearman para estudiar la relación entre el número de consultas, el consumo de fármacos y el gasto farmacéutico con respecto a la edad, el nivel socioeconómico, nivel de estudios,

presencia de enfermedad crónica y/o discapacidad y antecedentes familiares de nacimiento en el extranjero. Por último, los resultados se analizaron con un estudio multivariante siguiendo una estrategia hacia atrás, partiendo del modelo máximo, sacando aquellas variables independientes cuyo coeficiente de regresión tenía una  $p > 0,05$ .

## Resultados

La edad media de los estudiados era de 49,99 años, con una desviación estándar (DS) de 19,71 (rango entre 14 y 96 años), siendo mayores de 65 años el 28,4% del total, el porcentaje de personas mayores de 65 años fue significativamente superior en el nivel socioeconómico V respecto al I (39,68% versus 20%,  $p < 0,0001$ ). El 56,3% eran mujeres. El 95% habían nacido en España, el 3,1% en Latinoamérica, el 0,3 en otro país de la Unión Europea (en 2003), el 0,8% en África y el 0,8% en el resto del mundo.

La distribución del total de los estudiados según el nivel socioeconómico y estudios está recogida en la Tabla 1, en la que se observa que a mayor nivel de estudios existe mejor nivel socioeconómico con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,0001$  con el test de la *chi* cuadrado). El coeficiente

de correlación de Spearman entre ambas variables fue de  $-0,770$  ( $p < 0,0001$ ).

Presentaban alguna incapacidad el 9,1% de los estudiados, teniendo un familiar mayor a su cargo en el 9% de los casos. Tenían una enfermedad crónica en el 57,4% de los casos, siendo las más frecuentes hipertensión arterial, obesidad, hipercolesterolemia, depresión, asma y EPOC. Tenían hijos a su cargo el 39,6% (media de hijos 1,7, DS 0,79). La presencia de alguna incapacidad era mayor en los niveles socioeconómicos más deprimidos (0,77% en el NSE I y 16,62% en el NSE V,  $p < 0,0001$ ) y lo mismo sucedió en cuanto a la enfermedad crónica (72,94% en el NSE V versus 25,58% en el NSE I,  $p < 0,0001$ ).

Tuvieron una baja laboral el último mes un 15,1% del total, presentando situaciones especiales el 11,5% de los casos (3,9% ancianos que viven solos, 2,4% inmigrantes sin documentación, 2,2% drogodependientes, 1,8% población marginal, etcétera).

Un 14,7% de los estudiados habían acudido a urgencias el mes anterior, habiendo sido hospitalizados el 4,1%. En ambos casos los porcentajes fueron superiores en el NSE V, pero sin significación estadística. Habían tenido una consulta con el especialista el 27,8% y

Tabla 1. Distribución del total de los estudiados según nivel socioeconómico y de estudios

Nivel de estudios	Nivel Socioeconómico				
	I	II	III	IV	V
1	-	-	-	1	24
2	-	-	1	-	25
3	-	1	2	12	51
4	-	2	15	85	265
5	1	5	12	30	49
6	1	12	61	84	35
7	4	49	21	5	2
8	123	8	12	2	-



se les había realizado alguna prueba radiológica al 13,7% y otra prueba diagnóstica al 30%. En los tres casos el porcentaje fue significativamente mayor en el NSE V respecto del NSE I: consultas con especialista 30,59% versus 14,72% ( $p = 0,01$ ); prueba radiológica 17,29% versus 5,42% ( $p = 0,004$ ); otra prueba diagnóstica 35,03% versus 14,72% ( $p < 0,0001$ ).

Se realizó estudio de regresión logística, incluyendo las siguientes variables independientes: edad, género, nivel de estudios, nivel socioeconómico, presencia de enfermedad crónica, edad del médico, población asignada a éste y presión asistencial. En la regresión logística, el haber tenido una consulta con el especialista se relacionó con el NSE ( $\beta$  1,11, IC 95% 1,01-1,24,  $p = 0,043$ ), presencia de enfermedad crónica ( $\beta$  2,30, IC 95% 1,63-3,24,  $p < 0,0001$ ) y edad ( $\beta$  0,990, IC 95 % 0,982-0,998,  $p < 0,0001$ ). El haberse realizado una prueba radiológica se relacionó sólo con el NSE ( $\beta$  1,226, IC 95% 1,063-1,414,  $p = 0,005$ ), y el haberse realizado otra prueba diagnóstica con NSE ( $\beta$  1,156, IC 95% 1,036-1,290,  $p = 0,009$ ), presencia de enfermedad crónica ( $\beta$

1,793, IC 95% 1,327-2,423,  $p < 0,0001$ ) y el ser mujer ( $\beta$  1,363, IC 95% 1,028-1,806,  $p < 0,0001$ ).

El 72,8% consumió algún medicamento la semana previa. El número de fármacos consumidos osciló entre 0 y 15 (media 2,01). El gasto farmacéutico promedio fue de 17,47 euros/semana (rango entre 0 y 632,84). El promedio de consultas mensuales fue de 1,94 (rango entre 1 y 10).

La Tabla 2 compara el número de consultas mensuales, el consumo de fármacos y gasto farmacéutico semanal entre los mayores de 65 años y los menores de esta edad. En ella se observa que aunque hay un número ligeramente mayor de consultas al mes en los más mayores, esta diferencia no es significativa, y, si lo es, en cuanto al mayor consumo de fármacos y gasto farmacéutico semanales.

La Tabla 3 recoge las diferencias encontradas en el número de consultas, fármacos consumidos y gasto farmacéutico de acuerdo con el nivel socioeconómico de los estudiados, objetivándose unos valores significativa-

**Tabla 2. Consultas mensuales, fármacos consumidos y gasto farmacéutico semanal según los estudiados fueran o no mayores de 65 años**

	< 65 años media (ds)	> 64,99 años media (ds)	P
Consultas/mes	1,91 (1,20)	1,98 (1,33)	NS
Fármacos/semana	1,57 (1,80)	3,12 (2,53)	< 0,0001
Gasto farmacéutico	12,84 (23,64)	29,12 (49,85)	< 0,0001

NS = no significativo

**Tabla 3. Comparación de las consultas mensuales, fármacos y gasto farmacéutico semanales entre el nivel socioeconómico I y el V**

	NSE I media (ds)	NSE V media (ds)	P
Consultas/mes	1,46 (0,89)	2,11 (1,34)	< 0,0001
Fármacos/semana	0,81 (1,09)	2,63 (2,42)	< 0,0001
Gasto farmacéutico	3,57 (5,6)	23,64 (32,67)	< 0,0001

mente superiores en todos ellos en el nivel V respecto al I.

Se ha realizado análisis multivariante respecto al número de consultas, número de fármacos y gasto farmacéutico como variables dependientes, incluyendo como variables independientes la edad, el género, el nivel de estudios, el nivel socioeconómico, la presencia de enfermedad crónica, edad del médico, población asignada a éste y presión asistencial. Se utilizó como variable alternativa a la edad el ser mayor de 65 años, encontrando una significación menor, por lo que se mantuvo la edad en años. Los resultados están recogidos en las Tablas 4 (número de consultas/mes), 5 (número de fármacos/semana) y 6 (gasto farmacéutico semanal).

En cuanto al número de consultas mensuales, se encuentra significación estadística con el nivel socioeconómico (0,43 consultas más al mes del nivel V respecto al I), la presencia de enfermedad crónica (0,248 consultas más al mes) y la presión asistencial (0,027 por cada persona atendida más).

Respecto al número de fármacos consumidos semanalmente, se encontró influencia del nivel socioeconómico (1,34 fármacos más del nivel V respecto al I), la presencia de enfermedad crónica (1,391), de la edad (0,022 más por año), del género (0,251 más las mujeres) y del nivel de estudios (1,16 más del nivel 8 respecto al 1). Y en cuanto al gasto farmacéutico semanal, éste se relacionó con la presencia de enfermedad crónica (15,45 euros más), con la edad (0,24 euros más por

**Tabla 4. Resultados del análisis multivariante respecto al número de consultas/mes**

	BETA	IC 95%	P
Nivel socioeconómico	0,086	0,025 a 0,147	0,006
Enfermedad crónica	0,248	0,077 a 0,418	0,004
Presión asistencial	0,027	0,014 a 0,039	< 0,0001

R2: 0,228; p < 0,0001

**Tabla 5. Resultados del análisis multivariante respecto al número de fármacos consumidos semanalmente**

	BETA	IC 95%	P
Nivel socioeconómico	0,268	0,120 a 0,415	< 0,0001
Enfermedad crónica	1,391	1,106 a 1,676	< 0,0001
Edad	0,022	0,015 a 0,029	< 0,0001
Género	0,251	0,01 a 0,492	0,041

R2 = 0,636; p < 0,0001

**Tabla 6. Resultados del análisis multivariante respecto al gasto farmacéutico semanal**

	BETA	IC 95%	Significación
Nivel socioeconómico	1,82	0,33 a 3,30	0,016
Enfermedad crónica	15,45	10,76 a 20,13	< 0,0001
Edad	0,24	0,13 a 0,36	< 0,0001

R2 = 0,403; p < 0,0001

año) y el nivel socioeconómico (9,1 euros de diferencia entre el nivel V y el I).

### Discusión y comentarios

El nivel socioeconómico al que pertenecen los individuos es uno de los determinantes de su nivel de salud. No se trata solamente de que los estratos sociales más desfavorecidos sufran más enfermedades y tengan menor esperanza de vida que los más pudientes, sino que, además, la calidad de la asistencia que reciben es frecuentemente de inferior calidad<sup>7</sup>.

En los últimos años se han publicado diversos trabajos e informes<sup>7,8,9</sup> que estudian la forma en que se ejerce esta influencia, o que subrayan la importancia de considerar dichos determinantes sociales en la planificación de las políticas sanitarias, con el objetivo de reducir las inequidades en salud que se dan no sólo con respecto a los países en vías de desarrollo, sino también entre los propios estratos sociales de un mismo país desarrollado.

En nuestro estudio, los sujetos pertenecientes a los niveles socioeconómicos más desfavorecidos presentaron mayor índice de enfermedad crónica y de incapacidad, acuden a consulta con mayor frecuencia, acudieron más al especialista, se realizaron más pruebas diagnósticas (radiológicas y de laboratorio), consumieron más fármacos y tuvieron un mayor gasto farmacéutico. Estos resultados son congruentes con el hallazgo habitual de que las personas de menor nivel socioeconómico se declaran más frecuentemente enfermas, y con que la utilización de los recursos sanitarios está relacionada con el estado de salud de los individuos<sup>10,11</sup>.

Algún estudio como el de Loran<sup>12</sup> ha señalado también esta relación entre

menor nivel socioeconómico y una mayor utilización de los servicios de Atención Primaria, aunque en otros estudios como en el de Coma<sup>13</sup> no se ha observado asociación entre utilización de servicios y el NSE. En otros casos se han encontrado diferencias en cuanto a una mayor utilización de consultas y pruebas diagnósticas en el medio urbano respecto al rural, así como una mayor utilización de los servicios de urgencias de los grupos sociales más desfavorecidos<sup>13,14</sup>.

Por otro lado, la edad se encontró asociada a un aumento en el número de fármacos y el gasto farmacéutico semanal, lo que está bien establecido en la bibliografía<sup>15,16</sup>, y curiosamente se encontró una relación negativa entre edad y consultas con el especialista. Tan sólo cabe señalar que se encuentra un aumento en ambos casos significativo con cada año de edad y no sólo en la bien contrastada diferencia entre mayores y menores de 65 años, lo que es un factor de reflexión a la hora de enjuiciar el previsible incremento del consumo y gasto farmacéutico relacionado con la edad y parece romper un tópico respecto a la relación del sistema de copago con el gasto farmacéutico, ya que el efecto edad se produciría independientemente de las características de éste.

También la presencia de enfermedad crónica se encuentra relacionada con un mayor consumo de fármacos y gasto farmacéutico, independientemente de la edad, estándolo también con el número de consultas mensuales, lo que ya ha sido referido anteriormente<sup>17</sup>.

Contrariamente a otros autores<sup>18</sup> no hemos encontrado influencia del género sobre la mayoría de los aspectos atribuidos a la demanda y el consumo de recursos sanitarios, y sólo ha tenido significación estadística en cuanto

a una mayor utilización de las pruebas diagnósticas ( $p < 0,0001$ ) y respecto a un mayor consumo de fármacos semanales por las mujeres ( $p = 0,041$ ).

Hay también que hacer referencia a que en el número de consultas mensuales, en el análisis multivariante no se evidencia relación con el número de población adscrita a cada profesional, como han señalado otros autores<sup>19</sup>, pero sí con la presión asistencial, lo que podría evidenciar la influencia de la práctica profesional sobre la determinación de la demanda.

Nuestros resultados adolecen de algunas limitaciones que suelen ser frecuentes en este tipo de estudios, tal y como se ha referido recientemente<sup>20</sup> y que hemos intentado minimizar:

Primera, se trata de un estudio retrospectivo, basado en la realización de una encuesta, y, por tanto, sujeto a sesgos de memoria o falseamiento. Sin embargo, al evaluarse únicamente el mes previo a la recogida de los datos y contrastarse éstos con los registros de la historia clínica cuando era pertinente, creemos haber minimizado dichos sesgos.

Segunda, la encuesta se ha realizado a las personas que eran atendidas en las consultas y, por lo tanto, los resultados se refieren a un colectivo, el atendido en consultas de Atención Primaria, que probablemente está menos sano que la población general asignada a cada profesional, por lo que los resultados respecto a consultas, fármacos consumidos, gasto farmacéutico, etcétera, son probablemente superiores a los que se encontrarían en ésta, lo que también podría hacer que las diferencias encontradas entre niveles socioeconómicos se minimicen, pues parece probable que los niveles socioeconómicos más elevados acudan menos al médico y que

se haya captado en el estudio a aquel subgrupo dentro de cada nivel que tiene más problemas de salud.

En tercer lugar, no hemos considerado los diagnósticos que tenían los pacientes, lo que limita la evaluación de la apropiación/inapropiación del consumo de recursos.

Cuarta, la muestra seleccionada no es representativa de toda la población de la Comunidad de Madrid, sólo de las consultas de los médicos que han participado.

Por supuesto, el presente estudio tiene la ventaja sobre los estudios ecológicos, que son los más habituales sobre desigualdades en salud, en que éstos utilizan agrupaciones de población (barrios, etcétera) asumiendo que todos los individuos pertenecen al nivel socioeconómico predominante, lo que, evidentemente, no sucede en todos los casos, mientras que en nuestro estudio se produce una identificación individualizada del NSE de cada persona.

En cualquier caso, creemos que los resultados de nuestro estudio deben alertarnos sobre la necesidad de incluir el nivel socioeconómico de la población en la planificación de los recursos sanitarios, cuya asignación en la actualidad se realiza sin considerar esta variable.

Debemos también tener presente que el perfil sociodemográfico de nuestra sociedad está cambiando. En el caso de la ciudad de Madrid, a fecha 1 de julio de 2003, el 12,75% de la población era extranjera<sup>21</sup>. Según estudios previos realizados sobre la población inmigrante de toda la Comunidad de Madrid, se trata en general de una inmigración económica forzada, de personas poco cualificadas, con pocos estudios, peones y trabajadores no espe-

cializados, que se asientan de manera no uniforme en la ciudad de Madrid y en los sectores meridional y oriental de la comunidad<sup>22</sup>, éste último cubierto por el Área I, a donde pertenecen la mayoría de las consultas participantes en el estudio. Las diferentes necesidades sanitarias de estos colectivos desfavorecidos deberían hacernos revisar tanto nuestra actividad puramente sanitaria<sup>5,6</sup> como la asignación de recursos a las áreas afectadas si no queremos aumentar las desigualdades en salud entre los distintos niveles socioeconómicos.

En conclusión, en nuestro estudio encontramos una relación entre el nivel socioeconómico y el consumo de recursos sanitarios de los usuarios de la sanidad pública. Creemos necesarios estudios más amplios que confirmen estos resultados para incluir el nivel socioeconómico de la población como un factor de decisión más a considerar en la planificación de los recursos sanitarios y en el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, para así poder disminuir las desigualdades, tal y como se recomienda en el último Informe SESPAS<sup>23</sup>.

### Citas bibliográficas

1. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL. Determinantes sociales de la Salud. En Macías Gutiérrez BE, Arocha Hernández JL. Salud Pública y Educación para la Salud. Las Palmas: ICEPSS; 1996; p. 347-364.
2. Sáez M. Grupo de Recerca en Estadística, Economía Aplicada i Salut (GRECS). Universitat de Girona. Condicionantes en la utilización de los servicios de Atención Primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. Gac Sanit. 2003;17(5): 412-419.
3. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Una propuesta de medida de la clase social. Aten Primaria. 2000;25:350-363.
4. Arias Álvarez MA, Sánchez Bayle M, Gancedo García C, Martín Martín R, Estepa Soto MR, Díaz Martínez MA. Nivel socioeconómico y consumo de recursos sanitarios en Atención Primaria pediátrica. An Esp Pediatr. 2004;61: 292-297.
5. Furler JS, Harris E, Chondros P, Powell Davies PG, Harris MF, Young DY. The inverse care law revisited: impact of disadvantaged location on accessing longer GP consultation times. MJA. 2002;177:80-83.
6. Medicom: Vademecum Internacional 43 Edición. Madrid: 2002.
7. Aldrich R, Kemp L, Stewart Williams J, Harris E, Simpson S, Wilson A, et al. Using socioeconomic evidence in clinical practice guidelines. BMJ. 2003; 327:1283-1285.
8. WHO/EEA Joint Workshop on "Children's Environment and Health Indicators". Denmark: EEA; 2002.
9. Social Determinants of Health. The Solid Facts. Second edition. WHO: 2003.
10. Artacoiz L, Moya C, Vanaclocha H, Pont P. La salud de las personas adultas. Gac Sanit. 2004;18(1):56-68.
11. Loran V, Boland B, Humblet P, Deleege D. Equity in prevention and health care. J Epidemiol Comm Health. 2002; 56:200-204.
12. Coma A, Martí M, Fernández E. Educación y clase social basada en la ocupación: su interrelación como indi-

cadores de posición socioeconómica en el estudio de las desigualdades sociales mediante encuestas de salud. *Aten Primaria*. 2003;32:208-215.

13. Oterino de la Fuente D, Martín Díaz R, Fiaz Megido LA, Alvargonzález Terrero B. Variaciones en el consumo de recursos de Atención Primaria por niños menores de 7 años en los medios rural y urbano. Estudio de cohortes. *Aten Primaria*. 2003;31:480-485.

14. García-Sempere A, Peiro S. Gasto farmacéutico en Atención Primaria: variables asociadas y asignación de presupuestos de farmacia por zonas de salud. *Gac Sanit*. 2001;15:32-40.

15. Lloberas J, Crespo B, Cladera M, Castaño E, Herrero M, Alfaro M, Juane-da C, Pou J. Diseño de un instrumento para la asignación de presupuestos de farmacia a los equipos de Atención Primaria del territorio INSALUD. En: Coordinación e incentivos en Sanidad. Barcelona: AES; 2001.

16. Jiménez Puente A, Ordóñez Martí-Aguilar MV, Córdoba Doña JA, Fernández Gómez MA. Factores relacionados con el gasto y la calidad de la prescripción farmacéutica en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1995;16:131-136.

17. Sans S, Paluzie G, Puig T, Balaña L, Balaguer-Vintro I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit*. 2002;16:121-130.

18. Braun T, García Castrillo-Riesgo L, Kraff T, Díaz-Regañón Vilches G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. *Gac Sanit*. 2002;16:139-144.

19. Brugos Larumbe A, Guillén Grima F, Mallor Giménez F, Fernández Martínez de Alegría C. Modelos explicativos y predictivos de la carga asistencial médica: aplicación para el cálculo del cupo máximo en medicina de familia que permita un mínimo de diez minutos por consulta. *Aten Primaria*. 2003;32(1):23-29.

20. Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de Atención Primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit*. 2003;17:412-419.

21. Población Extranjera en el Padrón Municipal de Habitantes a 1 de julio de 2003. Documento de Trabajo. Ayuntamiento de Madrid. Concejalía de Gobierno de Hacienda y Administración Pública. Departamento de Estadística.

22. Vázquez Varela C. Inmigración extranjera y renta familiar disponible en la Comunidad de Madrid: pautas de localización y relaciones espaciales. En: Moreno A, y cols. La distribución espacial de la renta en la Comunidad de Madrid. Análisis y aplicaciones. I. de Estadística CAM; 2003; p. 77-126.

23. Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Bosca JV (ed). Informe SESPAS 2004. La salud pública desde la perspectiva del género y la clase social. *Gac Sanit*. 2004;18(1):1-258.



# ***Conciliación de la vida personal, laboral y familiar, un equilibrio beneficioso***

Galvache C, Leube C  
Ambulatorio Vicente Soldevilla. Área I AP  
ctgalvache@telefonica.net

## **Resumen**

Trabajo, familia y vida personal son tres dimensiones irrenunciables y complementarias en el ser humano. Para hacer posible su conciliación es preciso encontrar soluciones desde una triple óptica: política, empresarial e individual.

El entorno social cambiante obliga a las instituciones, empresas e individuos a flexibilizar sus estructuras y encontrar formas de conciliar la vida laboral, personal y familiar.

En este artículo exponemos algunas reformas legislativas realizadas, la descripción de algunas prácticas empresariales que han adaptado su cultura a este nuevo escenario de la vida laboral, con especial mención del entorno sanitario público, y, por último, las opciones que son posibles individualmente para conseguir la conciliación de la vida personal y laboral.

*Palabras clave:* Conciliación, Ley 39/1999 de 5 de noviembre, Empresa compatible.

## **Individual, familiar and labour life conciliation, a profitable advantage**

### **Abstract**

Work, family and individual life are three not renounce and complementary sides in human being. To perform their conciliation it is necessary to find solutions from political, managerial and individual fields.

Variable social environment force institutions, companies and people to make structures more flexible to find ways to conciliate personal, managerial and familiar life.



This article explains some legal improvements, some managerial practices from flexible companies description, a special mention to public sanitary administration and at last some possible individual options to achieve conciliation.

**Key words:** Conciliation, Law 39/1999 Spt 5<sup>th</sup>, Compatible company.

## Introducción

En las últimas décadas se han experimentado profundos cambios socio-demográficos debidos a:

La incorporación cada vez mayor de la mujer al mundo laboral.

El crecimiento de la población de la tercera edad y las necesidades de atención que genera la dependencia.

Las enfermedades del siglo XXI: estrés, depresión, ansiedad y adicción al trabajo.

El aumento de las distancias y, por lo tanto, de tiempos de desplazamiento entre el lugar de trabajo y el domicilio.

A esto debemos unir la disminución de la familia tradicional con un solo mantenedor económico, el aumento de familias con doble ingreso y el incremento de familias con un solo padre o madre. (Incremento en Europa de familias monoparentales del 6 al 15% entre 1960 y el 2004.)

Aunque la situación laboral ha mejorado en las últimas décadas, todavía queda mucho por hacer. El problema está en que las instituciones y empresas no han tenido en cuenta esta nueva realidad social a la hora de diseñar y dirigir su plantilla laboral. Su estructura sigue pensada para empleados varones con una sola fuente de ingresos y con horarios incompatibles con otras necesidades personales y familiares.

Además, cada vez son más valorados por los trabajadores otros incentivos no económicos que impliquen la posibilidad de disfrute de su vida privada sin por ello tener que renunciar a su vida profesional.

Es por ello que las empresas se enfrentan con un nuevo reto: aquellas que quieren mantener sus talentos y con ello aumentar su desarrollo y rentabilidad, deberán encontrar la manera de flexibilizar su entorno para facilitar esta conciliación pasando de la gestión de horarios a la gestión de objetivos. La vida personal y familiar es ya un *stakeholder* (grupo de interés) a tener en cuenta dentro de las políticas de recursos humanos.

Se nos plantean varios interrogantes:

1. ¿Qué es conciliación?
2. ¿Qué ley la ampara?
3. ¿Qué se está haciendo para facilitar la conciliación desde las empresas y las Administraciones Públicas?
4. ¿Es todavía una asignatura pendiente?

## Conciliación

Definimos conciliación como la *utilización de todas las herramientas que tenemos a nuestro alcance, tanto políticas como de asesoramiento personal, de servicios, de apoyo profesional, legales y de beneficios sociales, con el objetivo de alcanzar el equili-*

*brio entre las responsabilidades personales, laborales y familiares.*

Trabajo, familia y vida personal son tres dimensiones irrenunciables y complementarias en el ser humano, pero para hacer posible su conciliación es preciso encontrar soluciones desde una triple óptica: política, empresarial e individual.

## Ámbito político

### Ley 39/1999 de 5 de noviembre para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras

Esta ley surge de la obligación de los poderes públicos de proteger y facilitar la integración de todos los ciudadanos en la vida política, económica, social y cultural sin discriminación por cuestión de nacimiento, raza, sexo, religión u opinión<sup>1</sup>.

La ley completa la transposición a la legislación española de las directrices marcadas por la normativa internacional y comunitaria<sup>2</sup> superando los niveles mínimos de protección previstos en todas ellas.

En su exposición de motivos establece<sup>3</sup>:

“La incorporación de la mujer al trabajo ha motivado uno de los cambios sociales más profundos de este siglo. Este hecho hace necesario configurar un sistema que contemple las nuevas relaciones sociales surgidas y un nuevo modo de cooperación y compromiso entre mujeres y hombres que permita un reparto equilibrado de responsabilidades en la vida profesional y en la privada. La necesidad de conciliación del trabajo y la familia ha sido ya planteada en el ámbito internacional y comunitario como una

condición vinculada de forma inequívoca a la nueva realidad social. Ello plantea una compleja y difícil problemática que debe abordarse, no sólo con importantes reformas legislativas, como la presente, sino con la necesidad de promover adicionalmente servicios de atención a las personas, en un marco más amplio de política de familia. (...)

(...) La Ley introduce cambios legislativos en el ámbito laboral para que los trabajadores puedan participar de la vida familiar, dando un nuevo paso en el camino de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. Trata además de guardar un equilibrio para favorecer los permisos por maternidad y paternidad sin que ello afecte negativamente a las posibilidades de acceso al empleo, a las condiciones del trabajo y al acceso a puestos de especial responsabilidad de las mujeres. Al mismo tiempo se facilita que los hombres puedan ser copartícipes del cuidado de sus hijos desde el mismo momento del nacimiento o de su incorporación a la familia. (...)

(...) Se establece también la reducción de jornada o excedencia para atender el cuidado de familiares que por razón de edad, accidente o enfermedad no puedan valerse por sí mismos y no desempeñen actividad retribuida.”

También prevé ventajas para el empresario mediante reducciones de la Seguridad Social en los casos de contratos de sustitución de empleados por permisos de maternidad, adopción o acogimiento.

En todo este proceso de políticas y programas es muy importante tener en cuenta que la negociación colectiva puede ayudar y contribuir a que algunas de estas medidas sean una realidad consensuada.

En este sentido, el Ministerio de Administraciones Públicas también expone la necesidad de conciliar estos aspectos junto con la profesionalización de la figura del empleado público con el fin de mejorar en la calidad de la prestación de los servicios públicos, incrementando su productividad y optimizando el funcionamiento de las Administraciones Públicas<sup>4</sup>.

Se abre un proceso negociador destinado a elaborar una serie de reformas normativas, necesarias para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados públicos. Entre estas iniciativas destacan la elaboración de un Estatuto Básico de los Empleos Públicos, el desarrollo del Estatuto de la Función Pública de la AGE y la aplicación al conjunto de los funcionarios la jubilación flexible y anticipada parcial.

Se establecen medidas generales que faciliten la conciliación de la vida familiar y laboral mediante el acceso a jornadas y horarios flexibles compatibles con la organización del trabajo. También se posibilita la incorporación del trabajador a tiempo parcial. Hay que considerar que aunque la negociación colectiva es importante en estos temas, no todo puede ir mediante la negociación colectiva. Será necesario analizar los casos particulares para aplicar estas medidas.

En este marco, se iniciarán los estudios necesarios dirigidos a valorar la posibilidad de reducir la jornada ordinaria de los empleados públicos de la Administración General del Estado, con el objetivo final de alcanzar las 35 horas semanales, cuantificando la creación de empleo necesario para ello.

En el año 2003 los sindicatos CC.OO., CSI-CESIF y SATSE presentaron un proyecto de Estatuto Marco alternativo al elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (por entonces ocupado por

Celia Villalobos) en el que se incluía una jornada de 35 horas semanales para el personal sanitario del Sistema Nacional de Salud. Suponía una norma unificadora de la jornada laboral en todas las comunidades autónomas. Pero este punto ha sido tratado por las autoridades sanitarias centrales con la cautela de la descentralización de competencias. Por tal motivo, la Administración central decidió no incluir dicho punto en el último borrador del Estatuto Marco elaborado al poco tiempo y en el que fijaba como referencia el límite de las 48 horas semanales a las que hace referencia la Directiva 93/104/CE.

No obstante, y dado que la mayoría de las Administraciones autonómicas tienen fijada una jornada de 35 horas semanales para sus trabajadores, las diez comunidades autónomas a las que les fueron transferidas las competencias sanitarias en enero de 2002 se apresuraron a establecer una jornada similar para su personal sanitario. Así, por ejemplo, la Mesa Sectorial de Sanidad de la Comunidad de Madrid consideraba como prioridad a principios del verano de 2002 la implantación de la jornada de 35 horas para el personal transferido, con la consiguiente adecuación de las plantillas mediante una Oferta Pública de Empleo Extraordinaria. En términos similares se pronunciaron los sindicatos representados en la Mesa Sectorial de Cantabria por las mismas fechas, así como los de Asturias unos meses antes.

Respecto a las comunidades con competencias sanitarias transferidas anteriormente, algunas como Navarra ya cuentan con las 35 horas semanales para sus trabajadores sanitarios. En Andalucía, el Servicio Andaluz de Salud y los sindicatos llegaron en el año 2000 a un acuerdo para la aplicación de dicha jornada y lo mismo ocurrió en diciembre de ese año en el Servicio Vasco de Salud.

Nos centramos en el caso de Madrid y el establecimiento de normativa de flexibilidad<sup>6</sup>.

El acuerdo de la Comunidad de Madrid de 16 de febrero de 2005 aplica al personal estatutario los supuestos de reducción de jornada previstos en el artículo 60.4 del Estatuto Marco.

Cabe destacar la medida que establece que las embarazadas podrán disfrutar a partir de la semana 37 de embarazo de una licencia retribuida hasta la fecha del parto además del permiso retribuido por maternidad de 122 días.

Adopción internacional: cuando sea necesario un desplazamiento de los padres al país de origen del adoptado, el permiso previsto para cada caso podrá iniciarse hasta cuatro semanas antes de la resolución por la que se constituye la adopción.

Éstas y otras medidas se aplican desde el pasado 1 de marzo no sólo en beneficio de la mujer sino de la familia y, por lo tanto, también de la sociedad.

## Ámbito empresarial

### Medidas posibles para la conciliación

No debemos olvidar que cualquier iniciativa tomada desde la empresa únicamente será posible con el apoyo de las medidas tomadas desde las Instituciones y Administraciones Públicas.

Tampoco debemos olvidar que no en todos los puestos de trabajo ni en todas las situaciones es posible esta conciliación. Se trata de encontrar soluciones que puedan ir ampliando poco a poco estas opciones.

Al hablar de la óptica empresarial para la conciliación, hablamos de un con-

vencimiento que atañe a la misión de la propia empresa. Las actuaciones destinadas a la conciliación tienen varios requisitos para llegar a ser efectivas:

1. Asunción previa por parte de la dirección de la empresa: debe estar convencida de su necesidad y apoyar decididamente las medidas a adoptar.
2. Criterios objetivos y claros de aplicación establecidos previamente: destinatarios y medidas posibles.
3. Difusión interna y externa para que puedan ser conocidas por todos los interesados y aplicadas según los criterios establecidos.
4. Evaluación de los beneficios de estas medidas y ampliación o reducción de las mismas conforme a los resultados.

Los beneficios de la conciliación afectan tanto a los empleados como a las empresas. Los beneficios para las empresas con políticas de conciliación son:

1. Reducción de costes derivados de la rotación y bajas del personal.
2. Incremento de la competitividad empresarial al retener a los empleados más válidos.
3. Proceso de mejora continua.
4. Participación en las ventajas fiscales, subvenciones y desgravaciones ofrecidas por las Administraciones Públicas.

Enorme disminución de conflictos laborales y sindicales.

Algunos ejemplos concretos de políticas de conciliación *que se implantan siempre y cuando sean organizativamente posibles* y que son llevadas a

cabo por algunas de las más importantes empresas de nuestro país son<sup>5</sup>:

Nestlé: basa su política de conciliación en la formación, la organización del trabajo y los servicios, y ha sido una de las primeras empresas en tener guarderías para su personal.

IBM: puede llegar a proporcionar en ocasiones un año sabático, jornada parcial y, en algunos casos, trabajo desde el domicilio.

Nokia: ticket de guardería por 100 euros al mes para niños de 0-3 años. Está en estudio en HP.

Caja Madrid: tiene plazas reservadas en colegios cercanos a sus entidades para los hijos de sus empleados y diversas actividades de guardería para los periodos vacacionales.

Novartis: ofrece ayudas a los hijos con minusvalías. La formación para los empleados se realiza dentro de los horarios de trabajo y ofrece gestión del tiempo y del estrés.

Otro tipo de medidas es la prohibición de reuniones a partir de las 17:00 horas, apagar las luces a unas horas determinadas..., todo ello encaminado a facilitar a aquellos empleados que lo deseen la compatibilidad de su trabajo con el entorno personal y familiar.

Además de estas medidas tomadas desde la propia empresa, existen diversas medidas legales que están siendo aplicadas para facilitar esta conciliación. La discusión está en que no a todos los colectivos pueden ser de aplicación estas medidas.

Existen dos tipos de medidas: las que requieren flexibilidad en el espacio y las que requieren flexibilidad en el tiempo.

Las que requieren flexibilidad en el espacio: la legislación española no contempla este tipo de medidas, pero tampoco las prohíbe. Actualmente hay dos formas de establecer un contrato con una persona en condiciones de flexibilidad espacial: el arrendamiento de servicios (contrato mercantil) y el contrato laboral. En ambas el trabajador sigue manteniendo el mismo salario y posibilidades de promoción que se obtendrían en una estructura más rígida<sup>7</sup>.

Estas medidas también permiten a las empresas contar con empleados que residen a gran distancia y suponen innumerables ventajas para la contratación de discapacitados.

Sus aspectos positivos son: el empleado tiene más autonomía y puede tener más control de su horario y de su lugar de trabajo. Para la empresa supone un importante ahorro en gastos generales y espacios de oficinas.

Los aspectos negativos también son importantes: ausencia de soporte inmediato, poco trato personal, dificultad de control de tiempo y calidad del trabajo... Esta parte negativa se está solucionando mediante el control de las condiciones de las estaciones de trabajo (*workstations*) por parte de la empresa y sindicatos, y establecimiento de trabajo en las oficinas centrales un par de días por semana.

¿De qué medidas hablamos? Las más frecuentes son:

1. Trabajo en casa: el empleado realiza sus funciones desde su domicilio. Internet es una de las herramientas más utilizadas.
2. Teledespacho en casa: la empresa pone a disposición del empleado en su domicilio cuantos muebles y herramientas técnicas sean necesarias.

3. Videoconferencia: habitualmente en las oficinas centrales, evitan desplazamientos innecesarios.

*Las que requieren flexibilidad en los tiempos:* las podríamos dividir entre aquellas que tienen repercusión económica para los trabajadores y las que carecen de esta repercusión económica.

1. Medidas sin repercusión económica para el trabajador: Semana laboral comprimida: se establecen el número de horas a trabajar por semana. La semana no consta del mismo número de horas de trabajo diario. Se trabajan más horas al día a cambio de medio día o un día libre. Es una medida muy extendida debido a su alta repercusión en los trabajadores y a su bajo coste económico.

Horario flexible: el empleado trabaja ocho horas diarias pero se establecen a lo largo del día conforme a las necesidades personales y/o familiares del empleado. El sueldo es el 100% de lo pactado. En los casos de auto-organización del trabajo se exige la supervisión del superior inmediato. No es recomendable utilizarlo de forma generalizada y sí en casos particulares para puestos muy concretos. Menos problemas y posibilidad de negociación en convenio, como un bloque ofrecen los horarios de entrada y salida flexibles (entrada entre 8:00 y 10:00 horas y salida entre 17.00h y 19.00h, dependiendo de la hora de entrada).

2. Medidas con repercusión económica para el trabajador en los contratos laborales y algunos mercantiles: el salario disminuye en proporción al tiempo trabajado. Contratos a tiempo parcial<sup>8</sup>: el trabajador se entenderá contratado a tiempo parcial cuando preste servicios durante un número de horas al día, a la se-

mana, al mes o al año, inferior al considerado como habitual en la actividad de que se trate en dichos períodos de tiempo. El contrato a tiempo parcial podrá concertarse por tiempo indefinido o por duración determinada en los supuestos en los que legalmente se permita la utilización de esta modalidad de contratación, excepto en el contrato de aprendizaje. Por tiempo indefinido es cuando se concierta para realizar trabajos fijos y periódicos dentro del volumen normal de actividad de la empresa. Tienen los mismos derechos y obligaciones que los trabajadores a tiempo completo. Suele coincidir con trabajos temporales o con momentos de especial presión dentro de la empresa.

Reducción de jornada: es una medida sobrevenida. Un empleado que desarrolla una jornada normal solicita una reducción de la misma con la correspondiente reducción proporcional del salario. Mantiene los mismos derechos y obligaciones de los trabajadores con jornada normal.

## Ámbito personal

### ¿Realmente queremos conciliar?

Hemos visto las facilidades legales que se imponen desde los poderes públicos y los esfuerzos que se hacen desde las empresas para facilitar una vida individual fuera del trabajo.

Falta la parte esencial: ¿son los individuos conscientes de la necesidad de disfrutar de esa vida personal fuera del ámbito laboral?

Hasta hace dos décadas predominaba el núcleo familiar con funciones determinadas, donde era la familia la que recogía los tres aspectos que estamos

tratando en miembros diferentes: el varón desarrollaba el ámbito laboral, la mujer el familiar y entre ambos desarrollaban el personal.

Actualmente cada uno de los individuos quiere desarrollar todos estos aspectos, por lo que se hace necesario una adaptación de los roles mantenidos hasta el momento.

¿Existe esta mentalidad y este respeto a estos derechos de forma individual? En muchos casos no es así.

Todavía falta un cambio de mentalidad individual que sea consciente del trabajo por objetivos y no por tiempo de presencia en aquellos trabajos que lo permitan. Falta la necesidad consciente de disfrutar de hobbies y familia sin por ello descuidar el ámbito laboral.

Debido en muchas ocasiones a falta de información, personas que ven necesario el desarrollo de todas sus facetas no están utilizando la posibilidad de establecer cláusulas individuales en los contratos de trabajo y pactos con las empresas que les permitan un desarrollo integral.

## Conclusiones

La conciliación es un estilo de vida (*way of life*) de las sociedades avanzadas. Facilita el avance y desarrollo de empresas que quieren retener el talento que poseen y de individuos que quieren compaginar su vida familiar y profesional.

Sin embargo, la conciliación no se produce de manera espontánea. Los intereses en juego pueden ser en muchas ocasiones contrapuestos, por lo que se requiere una gran flexibilidad y unos objetivos claros para ponerla en marcha. Las instituciones públicas, las em-

presas y los propios individuos ya lo están haciendo, pero todavía queda mucho trecho por recorrer.

Utilicemos todas las herramientas a nuestro alcance y pongamos en funcionamiento otras nuevas para lograr el equilibrio entre vida personal, familiar y laboral. En unos años las generaciones venideras considerarán tan incontrovertida y falta de debate la necesidad de conciliación como por ejemplo podemos considerar ahora mismo la necesidad de escolarización en la Europa del siglo XXI.

## Citas bibliográficas

1. Artículos 14,39.1 y 9.2 de la Constitución Española de 1978.
2. IV Conferencia Mundial Sobre Mujeres: Pekín 1995. Directivas del Consejo 92/85/CEE de 19 de octubre y 96/34/CE de 3 de junio.
3. Ley 39/1999 de 5 de noviembre para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.
4. 22-09-2004. Jordi Sevilla y los sindicatos CC.OO., UGT y CSI-CSIF firman el primer acuerdo social en la Administración Pública.
5. Guía de buenas prácticas de la empresa flexible. IESE/Consejería de empleo y mujer. Comunidad de Madrid.
6. Acuerdo de la CAM de 16 de febrero de 2005.
7. Ley 1/1995. Título 1, capítulo 1, sección 4.<sup>a</sup>, artículo 13. Negociación colectiva y contrato de trabajo a domicilio.
8. Estatuto de los trabajadores. Art. 12.1.

# **Insuficiente asistencia sanitaria al mayor en la Comunidad Madrileña**

Arbelo López de Letona A  
Médico, ex-director gerente del Hospital Guadarrama  
a.arbelo.11@terra.es

“La vejez es la etapa más ignorada y descuidada de nuestro trayecto vital.”  
L. Rojas Marcos

Recientemente la prensa ha informado de la crítica situación de una clínica privada de más de 300 camas situada al norte de la capital concertada con el Servicio Regional de Salud. La noticia resaltaba la mala atención prestada a los enfermos crónicos y terminales en ella ingresados. Se mencionaban y daban a entender igualmente al menos cuatro de sus causas, a nuestro juicio principales, sobre las que precisamos algunas reflexiones que exponemos a continuación:

## **1. Insuficiente financiación vía concierto de la Consejería de Sanidad de la Comunidad con la consecuente falta de medios y personal asistencial por parte del proveedor del servicio**

Resulta paradójico que sea la propia Administración Pública quien concierte servicios con tarifas ínfimas, sabiendo que obviamente esta situación provocará maltrato al paciente mayor al no poder alcanzarse con determinados costes la prestación del servicio con

unos mínimos estándares de calidad. Paradójicamente la misma Administración se ve obligada a intervenir por vía de su propia inspección realizando el expediente sancionador correspondiente, habiendo sido ella la causante en gran medida de la delicadísima situación creada. Curiosamente se admite casi a priori que el concierto vigente habrá de ser actualizado.

Queda meridianamente claro para el lector que resulta hasta poco ético que el financiador público se empeñe en conseguir una provisión de servicios imprescindibles para determinados ciudadanos a menos de la mitad de su coste real. ¿Quién puede sorprenderse en estas circunstancias de los resultados de este dislate asistencial?

## **2. Falta de planificación teniendo presentes la morbilidad y demografía imperantes**

El 14,7% de la población madrileña supera actualmente los 65 años de edad, variando esta proporción desde el 21,3 al 7,5 en las once áreas sanitarias establecidas, siendo su índice de envejecimiento global de



103,8 y de 20,7 el de dependencia. Las patologías que padece este segmento poblacional son bien conocidas en todos sus aspectos tanto clínicos, como evolutivos y pronósticos, así como, y epidemiológicos.

En nuestra comunidad sólo existen tres hospitales públicos denominados históricamente como de media y larga estancia (hallándose esta última modalidad de larga poco definida). Estos hospitales proporcionan asistencia a enfermos mayores una vez superada la fase aguda de su proceso tratando el mismo en su fase de convalecencia, habitualmente acompañada de otros (pluripatología de la vejez), requiriendo gran parte de los mismos medidas rehabilitadoras y cuidados específicos de enfermería.

Los procesos prevalentes asistidos constituyen síndromes geriátricos bien delimitados: enfermos cardiopulmonares reagudizados, fracturas de cadera, prótesis de rodilla, amputaciones, inmovilismo, úlceras de decúbito y accidentes cerebrovasculares que requieren tratamiento rehabilitador mediante fisioterapia, terapia ocupacional y/o logopedia, de ahí que también se denomine a este tipo de hospital como geriátrico-rehabilitador. También disponen igualmente de unidades de cuidado paliativo para enfermos con procesos irreversibles o terminales que precisan un entorno adecuado y cuidados no menos propios.

El hospital de día geriátrico completa la cartera de servicios de estos centros, constituyendo en sí una gran oportunidad para los mayores de las zonas básicas cercanas, siendo así también una oferta valiosa para sus médicos de Atención Primaria de los distintos centros de salud.

En Madrid existen también otras tres unidades de media estancia ubicadas

en hospitales de agudos: Universitario Clínico San Carlos, Central de la Cruz Roja y Canto Blanco.

En esta modalidad asistencial, en conjunto, la estancia media de los enfermos ingresados es de unos cuarenta días frente a los nueve habituales de los hospitales de agudos, si bien los mayores en éstos últimos la superan en otros cuatro días.

Es cierto que en los hospitales periféricos del IMSALUD La Fuenfría, Guadarrama y Virgen de la Poveda se ha realizado un importantísimo esfuerzo inversor en los últimos años, lográndose un modelo encomiable según el estado del arte geriátrico actual, habiéndose conseguido avances muy significativos en la gestión de este tipo de enfermos, si bien, sorprendentemente pese a su gran demanda potencial, su ocupación es todavía insuficiente por razones históricas de postergación y su no correcta sectorización.

Al margen de otros recursos concertados, junto a las tres unidades citadas, estos centros suponen un total de casi 700 camas, que brindan asistencia integral y personalizada al perfil de enfermo descrito en número cercano a 4.000 anuales. Todos estos recursos constituyen un eslabón imprescindible para asegurar la correcta continuidad asistencial, que, a través de la convalecencia y recuperación funcional, permite a los pacientes volver a su entorno habitual donde lógicamente muchos de ellos deberán seguir siendo asistidos por la Atención Primaria y los servicios sociales (apoyo domiciliario, cuidado del cuidador principal, centro de día o residencia), según proceda. Este último tramo de la cadena asistencial ha sido denominado sector sociosanitario, que hoy en día es un espacio virtual pero cuya necesidad de ampliación y mejora debería constituir un objetivo primordial. Su falta de concreción no ha permi-

tido establecer flujos de pacientes bidireccionales y criterios homogéneos de evaluación dándose una variabilidad tremendamente arbitraria. La no cobertura universal de lo social representa un gran escollo para el correcto entronque de los distintos servicios.

### 3. Gestión ineficiente

Datos sanitarios oficiales recientes (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de la Asistencia Especializada permiten conocer cómo anualmente los hospitales de agudos de la región "retienen" innecesariamente a 12.000 enfermos mayores con estancias medias superiores a 25 días, causando este tipo de enfermos unas 300.000 estancias de un altísimo coste y, lo que es peor, sin garantizar muchas veces la atención adecuada una vez superada su fase aguda (no rehabilitación precoz continuada, no atención específica, etcétera).

Ni qué decir tiene que de existir recursos suficientes del modelo anterior que propugnamos con un coste sensiblemente inferior a la mitad de estas "estancias inapropiadas" o potencialmente evitables, la ubicación eficiente de los pacientes en su más adecuado nivel asistencial resolvería muchos de los problemas históricos de los hospitales de agudos, demostrándose asimismo que también existe inteligencia fuera de ellos y que su coordinación con el exterior es, igualmente, sumamente mejorable.

Creemos que el mantenimiento de la situación actual supone un gasto ineficiente del dinero público que todos pagamos a través de impuestos, lo que implica irresponsabilidad política y gestora. Para consuelo de nuestros mayores, sólo un partido político representado en la Asamblea de Madrid ha propuesto el desarrollo de hospitales

geriátrico-rehabilitadores en la zona sur de Madrid en su programa electoral.

La sanidad madrileña debería demostrar que el sector sanitario no es un "pozo sin fondo" reordenando los recursos actuales y trazando una estrategia más lógica de futuro para la correcta asistencia de los mayores.

### 4. Insuficiente desarrollo asistencial geriátrico

Lejos de nuestra intención medicalizar aun más a la sociedad. El anciano debe siempre disfrutar de su entorno habitual, pero también precisa de cuidados específicos cuando enferma y se hace transitoriamente dependiente.

En Madrid los geriatras hospitalarios públicos no alcanzan en total los cincuenta, no existiendo su oferta en ninguna medida en ocho centros. Basta con lo referido, sin tener que insistir en otros indicadores sobradamente conocidos, para diagnosticar la carencia de medios disponibles así como su irregular distribución y ordenación.

La geriatría, pese a ser una especialidad médica relativamente joven, está llamada a jugar un papel de primer nivel en nuestro diseño asistencial, ya en el momento actual y todavía mayor en el inmediato futuro, puesto que Madrid, como bien sabemos, posee una población envejecida y con alto índice de dependencia social (mayores de 65 por cada cien habitantes de 15 a 64 años).

Además de ampliar los recursos, la Administración y los profesionales sanitarios deberán definir y protocolizar a la población geriátrica diana tributaria de mejorar su asistencia mediante una red totalmente integrada en el sector. Igualmente, resulta necesaria

una mejor clasificación específica de estos pacientes (método RAJ/RUG III) que permita al financiador establecer un justiprecio por proceso a la par que implantar planes específicos de calidad que eviten situaciones ignominiosas dentro del estado de bienestar alcanzado.

El momento para mejorar la asistencia al mayor no admite dilación algu-

na y además parece muy oportuno al contar con dos próximas medidas de índole general vitales para lograrlo: reconocimiento de la especialidad de la enfermería geriátrica y la aprobación del Sistema Nacional de Dependencia, que habrán de ser pilares fundamentales en la ordenación y consolidación de la asistencia a nuestros mayores, generación que bien se lo merece.

# El valor añadido de las Sociedades Científicas a la gestión sanitaria

Vera Ruiz C  
Patrona de la Fundación Signo  
Asesoría Técnica Agencia Lain Entralgo  
secretaria@fundacionsigno.com



Aspecto general del encuentro

## Participantes:

**Francisco García Cosío.** Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital de Getafe. Miembro de la Sociedad Española de Cardiología.

**José Ramón González Escalada.** Jefe del Servicio de la Unidad del Dolor del Hospital Ramón y Cajal. Secretario de la Sociedad Española del Dolor.

**José Ignacio Landa García.** Jefe de la Sección de Cirugía General del Hospital La Paz. Vicepresidente de la Sociedad Española de Cirugía.

**Teresa Rivera.** Jefe del Servicio de ORL del Hospital de Fuenlabrada. Miembro de la Sociedad Española de ORL.

**Francisco de Paula Rodríguez Perera.** Director Gerente de la Fundación CNIC. Miembro del Comité de Redacción de la revista Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios de la Fundación Signo.

Moderadora: **Concepción Vera Ruiz.** Asesora Técnica. Agencia Lain Entralgo. Patrona de la Fundación Signo.

El pasado 28 de febrero se celebró este Punto de encuentro en la sede de la Fundación Signo para debatir sobre el papel de las Sociedades Científicas (SS.CC. en adelante) en la gestión sanitaria con los invitados que se han relacionado y con las siguientes cuestiones como guión del debate:

Las SS.CC. se constituyen con el objetivo genérico de fomentar el desarrollo de la especialidad médica en el ámbito territorial al que pertenezcan. La gestión sanitaria abarca la planificación, organización, dirección y evaluación de recursos sanitarios con el fin de que presten un servicio de calidad a la población a la que pertenecen.

1. ¿Qué elementos comunes, objetivos o intereses compartidos podemos identificar de las SS.CC. con la gestión sanitaria?
2. ¿Podemos identificar asuntos o ámbitos en los que exista conflicto de intereses entre la gestión sanitaria y las SS.CC.?
3. ¿Podemos afirmar que la sostenibilidad del sistema sanitario es de interés común?
4. ¿Cuál sería el valor añadido de las SS.CC. a la gestión sanitaria?
5. ¿Qué vías o fórmulas de colaboración podemos desarrollar entre las SS.CC. y los responsables de gestión?

Cristina Leube, Directora de la revista, da la bienvenida a los asistentes y, agradeciéndoles su asistencia, hace una breve presentación de la Fundación Signo, sus objetivos, líneas de actividad y, en concreto, la revista y lo que suponen estos Puntos de encuentro.

A continuación se inicia el debate con la introducción que realiza la coordinadora.

**C. Vera:** Antes de empezar el debate quiero hacer un repaso de las razones de este Punto de encuentro, de por qué hemos planteado un debate con las SS.CC. Tratamos de encontrar fórmulas para superar el desencuentro en el que tanto tiempo llevamos instalados clínicos y gestores. El incremento del gasto sanitario que en la década de los 80 se produjo en los países industrializados llevó a los gobiernos a adoptar medidas centralizadoras orientadas a controlar el crecimiento del gasto sanitario, lo que en nuestro país se tradujo en un reforzamiento de la figura del gerente de los centros sanitarios. La pérdida de poder de los médicos junto con la, quizá, poca habilidad integradora de los gestores, obligados a mantener una disciplina presupuestaria en un contexto de recursos limitados, desembocó en un conflicto de poder que no ha beneficiado a nadie. Todos estamos hoy convencidos de que para avanzar es imprescindible superar este conflicto, buscar fórmulas que aproximen a clínicos y gestores.

En este contexto abordamos el debate sobre la posibilidad de colaboración entre las SS.CC. y la Fundación Signo por alcanzar este objetivo.

**J.R. González-Escalada:** las SS.CC. tienen como misión favorecer el desarrollo de la especialidad. Sensibilizan a la sociedad sobre la necesidad de la actividad de cada especialidad. En general muchas de las iniciativas que llevan a cabo las SS.CC. se deben a que la Administración no las realiza; un ejemplo claro es la formación continuada. Una iniciativa propia de la sociedad científica, y que constituye un elemento común con la gestión sanitaria, es la definición de la cartera de servicios de la especialidad por

cuanto que afecta a la distribución de los recursos y establece cuáles de éstos son necesarios para llevar a cabo su actividad asistencial específica en el marco de una integración de su labor con la de otras especialidades. Igualmente ocurre con los planes globales de actuación, tanto a nivel nacional como autonómico, actuando de expertos en las materias de su especialidad, para aconsejar sobre la forma de actuar en un área sanitaria o en un período determinado.

**T. Rivera:** las Sociedades tienen un papel muy importante en la práctica de la especialidad, por ejemplo en la elaboración de indicadores consensuados de calidad, estableciendo estándares. Esto sería muy útil para un jefe de servicio en una tarea de organización como la que he tenido que realizar en el Hospital de Fuenlabrada, a la hora de ordenar las consultas externas, los quirófanos, listas de esperas, etcétera. Sí que hay protocolos

consensuados sobre determinados procesos, como sinusitis, cáncer de laringe... que son muy útiles, pero desde un punto de vista médico. Piénsese que las SS.CC. tienen la autoridad moral que permite a clínicos y gestores acogerse a los criterios que establezcan. Sería también muy útil que abordaran el establecimiento de criterios para el uso de determinados medicamentos con indicadores de gasto que permitieran análisis posteriores. Otro objetivo interesante sería la elaboración de una historia clínica común con parámetros fijos y unos métodos de evaluación preestablecidos para determinadas patologías, por ejemplo el cáncer de laringe; así, si queremos hacer un estudio a nivel nacional, podemos evaluar todos los servicios con los mismos parámetros.

**F. García Cosío:** es evidente que hay muchos elementos comunes e intereses compartidos, otra cosa es que se lleven a cabo. Las SS.CC. empezaron



J.I. Landa García, T. Rivera y F. de Paula Rodríguez Perera

como un "club" de profesionales en el que se animan unos a otros para seguir; luego el desarrollo del sistema de salud cambió mucho las cosas, aumentó los recursos diagnósticos y terapéuticos y llevó a un mayor papel de la industria. Esta colaboración es en principio muy positiva, pero el incremento rápido del consumo de recursos lleva a la preocupación de los gestores y a la restricción presupuestaria. El problema es que en muchos casos los recortes se hacen no de una forma ordenada por prioridades, sino en función de qué profesionales tienen más capacidad de hacer oír su opinión y más habilidad desarrollan con gestores y/o proveedores.

Pero pese a todo el ambiente actual es muy positivo; los médicos agrupados en las SS.CC. son cada vez más conscientes de la necesidad de ordenar los recursos y se elaboran recomendaciones oficiales en este sentido, basadas en la mejor evidencia disponible, con confianza en que se contará con ellas para establecer criterios de calidad, objetivos asistenciales. Sin embargo, esto no siempre es así y las prioridades son con frecuencia muy ajenas a este marco. Por ejemplo, si el periódico dice que hay que operar hernias o juanetes, éstas eran las prioridades que se marcan. Da la sensación de que hay un divorcio entre la alta gestión o, mejor dicho, la política sanitaria y las estrategias de gestión necesarias para su aplicación a nivel de cada centro sanitario, y los gerentes están condicionados por esto.

¿Existe un objetivo común al sistema de salud y las SS.CC.? Sin duda que sí. Las SS.CC. llevan años preparándose para asesorar en la priorización y ordenación de recursos en el sistema de salud. La Sociedad Española de Cardiología, y no es la única, tiene registros nacionales de determinadas patologías e intervenciones que recogen

datos de todo el territorio nacional. Éste es un esfuerzo siempre iniciado por el interés de los profesionales de las SS.CC., y sólo en algunos casos llega a recibir un apoyo oficial. Con esta información se pueden analizar los recursos necesarios en determinadas áreas o para determinadas patologías, y un modelo puede ser el reciente Plan Nacional de Cardiopatía Isquémica, pero no sé si su vitalidad se mantiene después del último cambio de gobierno.

Los ejemplos de coordinación de política sanitaria en base a datos no son abundantes. Una experiencia muy concreta a nivel de los hospitales entonces englobados en el INSALUD fue la elaboración de un plan estratégico en los hospitales. Los profesionales participamos con entusiasmo; seguimos el juego haciendo un gran esfuerzo y se generaron grandes expectativas e ilusión. Al final todo ha sido para nada, todo se ha olvidado. Estos cambios de dirección sin rumbo son un factor distorsionador tremendo y muy desmoralizador. Al final el profesional se plantea ¿qué hay que decir y hacer para que



F. de Paula Rodríguez Perera

me dejen trabajar en paz? En cualquier empresa los técnicos responsables de la producción han de sentirse personalmente involucrados, ser cómplices del esfuerzo empresarial. En el sistema de salud esto es muy complicado, muy improbable.

**J.I. Landa García:** en primer lugar quiero presentar la sociedad a la que hoy represento y de la que soy vicepresidente: la Asociación Española de Cirugía (AEC), que fue creada en 1935 y aglutina al 60% de los especialistas del país. Yo estoy muy de acuerdo con lo que se ha expresado en la introducción del debate; creo muy acertado el análisis de la evolución que hemos vivido en los hospitales, y en nuestra asociación creemos también muy necesario que los médicos se impliquen en la gestión, de hecho desde hace tiempo se han programado cursos de gestión clínica para los asociados. Nos hemos responsabilizado a través de la AEC y la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) para que los futuros cirujanos se formen en gestión a la vez que se hagan cirujanos. Ya se ha pasado la época en la que se decía que la salud no tiene precio. Estamos en la época de control del gasto sanitario ante el reconocimiento de que los recursos son limitados. ¿Cómo incorporar a los clínicos a la gestión? Las SS.CC. pueden jugar un papel fundamental en este objetivo, sobre todo en el momento en el que nos encontramos de disgregación del sistema nacional de salud tras las transferencias sanitarias, con diecisiete modelos de gestión diferentes. Las SS.CC. estarán dispuestas a colaborar siempre que se persiga la mejor calidad de la asistencia a los pacientes y que a través de ellas se puedan establecer criterios organizativos, de actividad, etcétera, a los que los médicos se adherirían más fácilmente que si fueran establecidos por la Administración. Yo creo que solamente a través de las sociedades científicas se

logrará acercar e implicar a los médicos en la gestión clínica.

**F. Rodríguez Perera:** yo quiero animar el debate, voy a ser provocador, si me lo permiten claro. Tal como se han expresado algunas cuestiones se podría entender que las SS.CC. no dan cancha a la decisión política, que estamos diciendo que en materia sanitaria no hay decisiones políticas, que las decisiones son técnicas y, como los técnicos somos nosotros, han de contar con nosotros porque cuando se toman decisiones políticas ignorándonos, nos desvinculan del sistema. Usted, político, dice treinta días de demora y el que lo tiene que hacer soy yo. Por tanto, las sociedades científicas no consideran que pueda haber decisiones políticas en materia sanitaria; ésta es una cuestión técnica para la que se tiene que contar con el que conoce del asunto. ¿He entendido bien que las SS.CC. es esto lo que están diciendo? Primera cuestión. Segunda cuestión, las SS.CC. ¿son también sociedades profesionales? Alguien decía que tienen una función de defensa de la especialidad, de lo que se podría deducir esta parte profesional; si es así, ¿se les podría exigir un quantum de responsabilidad social? Por ejemplo, en el caso de un período de restricción económica ¿están dispuestos a compartir la responsabilidad de administrar los recursos escasos? O ¿en ese momento, y también lo digo con afán provocador, hay que replegarse en las indicaciones, oiga, aquí lo que hay que hacer es esto, es que no hay dinero, entonces ordénemelo, obligando al gerente o a la Administración a tomar las decisiones?

**J.R. González-Escalada:** el planteamiento de que las SS.CC. entren a participar en las decisiones de gestión sanitaria global es difícil, ya que nos ocupamos fundamentalmente de una parte científica; somos sociedades de



profesionales especialistas, no somos una sociedad profesional como los Colegios. Sin embargo, ante la insistencia de que los recursos son escasos, está claro que las SS.CC. tienen mucho que decir, aunque son los propios médicos los que deben hacer un buen uso de ellos por imperativo ético. No ha sido necesario que ningún político se dirija a las SS.CC. para confeccionar una guía de práctica clínica, ya que desde las sociedades profesionales somos conscientes de que son necesarias para que haya calidad asistencial y se haga un buen uso de los recursos; eso lo estamos haciendo nosotros, porque ya lo inventamos nosotros: cuando estamos impartiendo docencia o hacemos sesiones clínicas, estamos enseñando a hacer buen uso de los recursos. Esto es hacer gestión. Y esto es en lo que pueden entrar, en mi opinión, las SS.CC.: en determinar criterios de calidad de las actuaciones asistenciales y del marco estructural donde se realizan. Sobre lo otro que has planteado,

me parece mucho más difícil intervenir, sobre todo en este momento en el que hay diecisiete gobiernos gestionando y haciendo política sanitaria. En este contexto no es posible identificar planes de actuación global, como por ejemplo la política sobre la lista de espera, aunque sí se pueden marcar los criterios y la atención adecuada que debe recibir un paciente aquejado de una enfermedad, desde que llega al médico de Atención Primaria hasta que sale del hospital. Es decir, en determinar la calidad del proceso asistencial.

**C. Vera:** ¿pero no es también un criterio de calidad el tiempo que ha de esperar un paciente en ser atendido?

**J.I. Landa García:** efectivamente, nuestra asociación tenía establecidos unos tiempos de espera recomendados y consensuados entre los cirujanos, según la situación clínica de los pacientes y para determinadas enfermedades como la coledolitiasis, hernias, sinus pilo-



C. Vera Ruiz, J.R. González Escalada y F. García Cosío

nidal, etcétera. Las patologías que suponen más de 80% de la cirugía general y cuya espera es aceptablemente variable entre 30 y 90 días. Igual han hecho otras SS.CC., recuérdese la de cirugía cardíaca en su momento cuando el plan de choque. Pero, claro, es muy difícil aceptar tiempos “estándar” porque no es lo mismo el tiempo que puede esperar un muchacho de 16 años que padece un sinus pilonidal, que un adulto o anciano que no tiene ascensor en su casa, una persona con una enfermedad no grave que le impida la actividad laboral o un jubilado con la misma enfermedad. Todo esto hay que tenerlo en cuenta. Los sistemas lineales de puntos son los más justos por decirlo así, ya que tratan de diferenciar por la situación clínica del paciente y por los beneficios que se puedan obtener con el tratamiento y establecer tiempos de espera razonables. Pero los políticos no hacen esas matizaciones.

**C. Vera:** no sé si nos hemos desviado y hemos dejado sin respuesta las preguntas que hacía Paco, y una era que a la hora de formular objetivos sanitarios los políticos tenían que contar con las SS.CC.

**J.R. González-Escalada:** en cuanto a marcar líneas generales u objetivos globales de política sanitaria creo que no, porque cada Sociedad está centrada en el desarrollo de su especialidad. Es muy difícil que el cirujano piense en asuntos que sean de interés del internista. Tendría que haber una Sociedad de Sociedades para que, con una visión más integradora, se pudiera postular algo así.

**T. Rivera:** yo creo que sí, se debe tener en cuenta el papel de las SS.CC. Por ejemplo, en la CAM que se formó la Unidad de Control Central de LEQ, formada por miembros de la Consejería y miembros de cada una de las SS.CC; no

se nos llamó para establecer el criterio de los treinta días, pero sí se ha pedido la elaboración de protocolos consensuados sobre determinados procesos, lo que es muy positivo. Y creo que hubiera sido muy positivo que se nos hubiera preguntado sobre los tiempos de espera, porque un paciente que precisa una septoplastia puede esperar más de treinta días, pero no así un paciente para una consulta médica con disfonía, ya que es necesario descartar una patología laríngea que pudiera ser importante. Yo creo que sí, que se debe contar con nosotros.

**F. García Cosío:** sí, en esto estoy de acuerdo, las SS.CC. pueden disponer de los datos que ayuden a definir cuáles son las necesidades, complementando las demandas de los ciudadanos. También su voz es importante para definir las condiciones en las que los médicos deben trabajar para que los enfermos y ellos mismos no estén desamparados.

Respecto a si se pueden tomar decisiones políticas en materia sanitaria, yo creo que sí, pero tienen que estar basadas en el conocimiento de la realidad, y éste difícilmente lo llegan a tener los políticos si cada vez que hay un cambio de gobierno se cambian desde los gerentes de los centros al Consejo Asesor del Ministerio o la Consejería. Tú estás en un hospital en el que llevas años trabajando en una línea, convenciendo, demostrando a tu gerente la necesidad de impulsar determinada área de actividad y, de pronto, por un cambio político, que no por otra cosa, te viene otro, con otras consignas. Parón y vuelta a empezar. Se toman muchas decisiones en altos despachos que sorprenden a nivel de asistencia. Mirando el conjunto del sistema de salud uno se pregunta si todos somos igual de conscientes de que los recursos son limitados. Y la respuesta evidente es que

no, todos no. No lo son algunos profesionales que trabajan en centros privilegiados y tampoco lo son los ciudadanos. Nadie les ha dicho a los ciudadanos que hay un límite en lo que se puede hacer, y esto crea tensiones añadidas cuando se acercan a recibir asistencia sanitaria. El político tiene que asumir esa responsabilidad y para ello le podría ayudar el que confiase en la posición muy objetiva, muy profesional, de las SS.CC.

**J.I. Landa García:** yo también estoy de acuerdo en que habría que buscar formas de contar con los ciudadanos. Las guías de práctica clínica, tan de moda para evitar la variabilidad de los actos médicos, cuentan con la opinión de los ciudadanos. Además, nos podríamos llevar muchas sorpresas pues, probablemente, serían mucho menos exigentes que médicos y políticos lo estamos siendo. En Navarra se hizo una encuesta sobre el tiempo que parecía razonable esperar en determinados procesos, entre médicos y ciudadanos, y éstos pusieron unos tiempos más altos que los médicos.

**F. García Cosío:** y volviendo al asunto de la contención del gasto. Se ha ha-



J.R. González Escalada

blado mucho del uso racional del medicamento, pero hay una visión muy corta en este sentido. Recientemente se publicó un artículo en JAMA sobre el tratamiento de la hipertensión comparando la higrtona con betabloque antes e IECA. El resultado era que, a largo plazo, el mejor resultado se obtenía con la higrtona, el más barato y el que ninguna empresa promociona, porque no produce beneficios jugosos. La Administración de EE.UU., a través del NIH, destinó dinero a esta investigación independiente con unos resultados que, a largo plazo, ahorrarán más dinero que todos los folletos y campañas de opinión juntos.

El sistema de salud tiene un enorme presupuesto y tiene unos magníficos profesionales que son reclamados nacional e internacionalmente. Estos profesionales son atraídos frecuentemente por la industria del medicamento y de la tecnología sanitaria porque les ofrece oportunidades de investigar, de expandir su conocimiento. Pues bien, si el sistema de salud destinase dinero para que sus profesionales y científicos llevaran a cabo estudios independientes, probablemente se desarrollarían métodos y protocolos más eficientes y hasta más eficaces, disminuyendo o, al menos, optimizando el gasto. El sistema de salud tiene los medios y las personas, le falta la decisión de hacer a sus colaboradores auténticos "cómplices" en el funcionamiento del sistema. Esto exige confianza, que con frecuencia ha faltado. Está por hacer lo más básico. Al político le asusta porque no tiene tiempo en tres o seis años de ver los resultados de medidas como éstas. Y aquí volvemos al tema de los cambios. Es necesario profesionalizar las Consejerías y los Ministerios hasta los niveles más altos para que se mantenga una línea estable en la política sanitaria.

**C. Vera:** bueno, creo que en lo que llevamos de debate ya han salido casi

todas las cuestiones que teníamos planteadas. Incluso algunas nuevas que llevaremos a conclusiones por el acuerdo común que habéis manifestado como la necesidad de hacer partícipes a los ciudadanos de la problemática sanitaria. Pero hay un asunto de los planteados para el debate que aún no ha salido. ¿En qué ámbitos existe conflicto de intereses entre la gestión sanitaria y las SS.CC.? ¿El desarrollo de la especialidad con la necesidad de incorporar tecnología es el único punto de conflicto cuando estamos en el escenario de recursos limitados?

**J.R. González-Escalada:** en mi opinión es el primero, porque la medicina de calidad es cara y es difícil convencer a los gestores de que la inversión es rentable a largo plazo. Además, se parte de un desacuerdo en el establecimiento de la jerarquía de las necesidades sanitarias. En este sentido, la

Administración muestra mucha desconfianza hacia las SS.CC. Se necesita confianza.

**F. García Cosío:** sí, estoy de acuerdo. Siempre es una batalla conseguir que te compren un equipo. Pero la verdad es que se incorpora mucha tecnología al mercado que no ha demostrado suficientemente su utilidad, o su utilidad en nuestro medio. Necesitamos un equipo de profesionales cualificados que estén evaluando permanentemente las nuevas tecnologías que nos presenta la industria, y orienten y determinen su ámbito de utilización. Yo he oído expresar a algunos gestores que el 30% de la tecnología es innecesaria. Bueno, es evidente la necesidad de objetivar esto.

**I. Landa:** otro punto de conflicto que no hemos comentado es el referente a la formación continuada de los médicos, tradicionalmente abandonada



*J.I. Landa García, T. Rivera y F. de Paula Rodríguez Perera*

por la Administración y que está en manos de la industria farmacéutica. ¿Cómo resolver este conflicto? Nadie cuestiona la necesidad de formación continuada del médico, y la sociedad demanda de éstos que mantengan la competencia debida a lo largo de toda su vida profesional. ¿Quién la financia? No está bien visto que lo haga la industria y se presta a interpretaciones comprometidas, pero lo cierto es que son las casas comerciales las que llevan el peso económico de la formación de los médicos y, para colmo, la misma industria se ha atrevido con un código deontológico que bajo dudosos criterios éticos, que han hecho sonrojar a muchos profesionales, esconde objetivos economicistas.

**F. García Cosío:** y pese a las críticas que desde sectores cercanos a la Administración hemos recibido, hemos de decir a nuestro favor que las SS.CC. han jugado un papel muy positivo canalizando

de forma transparente y adecuadamente los fondos recibidos de la industria hacia actividades de formación o a la publicación de las correspondientes revistas a las que nadie negará el valor científico que tienen. Ahora bien, no hay duda de que se genera evidencia fundamentalmente sobre lo que la industria financia en su investigación porque le puede producir beneficios.

**T. Rivera:** yo vuelvo a insistir en que en todo esto las SS.CC. tienen un papel muy importante, acreditando programas de formación continuada o la utilización y eficacia de determinadas técnicas. Otro tema importante es el papel que tenemos que jugar en la definición de la carrera profesional, sobre todo en este momento de descentralización que puede dar lugar a soluciones muy heterogéneas.

**JR. González-Escalada:** esto sí que puede ser una gran fuente de conflicto,



J.R. González Escalada y F. García Cosío

porque el tema está muy politizado y es muy difícil que los propios políticos lo dejen de su mano. Lo malo es que si cada comunidad autónoma desarrolla un modelo diferente, además de las dificultades para su implantación y coherencia, el modelo no va a ser bien aceptado por los médicos y generará mucha conflictividad para la movilidad entre comunidades. Lo inteligente sería contar con la opinión de las SS.CC., que son supraterritoriales.

**C. Vera:** nos queda hablar de la sostenibilidad del sistema sanitario. Se había formulado la pregunta de si se consideraba un tema de interés común; a esta altura del debate parece que no queda ninguna duda al respecto, pero yo preguntaría, al hilo de lo tratado, si el desarrollo tecnológico, la permanente incorporación de innovaciones en el mercado sanitario, ¿pone en peligro la sostenibilidad del sistema sanitario tal y como lo conocemos en nuestro país? Porque autores hay que sostienen lo contrario<sup>(1)</sup>.

**F. García Cosío:** en la asistencia sanitaria cada vez se abordan más problemas y cada vez más sin límite, con resultados increíbles hace unos años. Otras cosas que ya se hacían se hacen mejor, con mayor seguridad para el paciente y mayor eficacia, y algunas hasta, quizá, con menor coste. Evidentemente la posibilidad de abordar enfermedades que antes no se trataban hasta edades muy avanzadas puede hacer crecer la demanda de recursos al infinito. El sistema es insostenible salvo que el consumidor se dé cuenta de lo que está pasando. El político tendrá que atreverse a decir, señores esto es la ruina, a ver cómo lo hacemos entre todos para que sea viable. Y para que esto ocurra la

sanidad tendrá que salir del *pim-pam-pum* político y convertirse en un tema de estado, como ocurrió con las pensiones. Yo lo veo así digan lo que digan esos expertos.

**J.R. González-Escalada:** yo estoy totalmente de acuerdo con Paco; por el camino que vamos no es sostenible y creo que sin los médicos no es posible hacerlo sostenible. El médico tiene que asumir de nuevo el papel perdido en la toma de decisiones y en la priorización de las actuaciones sanitarias, y debe sentirse menos presionado por la imposición realizada por los gestores políticos. Es un movimiento que tiene que ir de abajo hacia arriba; es decir, el médico debe ser el que decida quién debe dirigir y gestionar los hospitales y tomar conciencia de que debe participar activamente en esta gestión desde la responsabilidad.

**I. Landa:** sin duda la incorporación de tecnología sin control es uno de los problemas para sostener el sistema, junto al envejecimiento de la población, la inmigración, la medicalización de la sociedad, la falta de recursos sociales y un largo etcétera. Yo creo que el sistema no podrá ser sostenible



C. Vera Ruiz

<sup>(1)</sup> Olmsted E, Porter ME. "Making competition in health care work". In Harvard Business Review, julio-agosto 1994.

sin un pacto entre autonomías y una implicación de los profesionales en la gestión clínica.

**F. García Cosío:** pero tenemos que trabajar por que sea sostenible. Estamos de acuerdo que con barra libre no será sostenible y que hay que priorizar, ¿quiénes pueden priorizar? Los políticos necesitan a clínicos a través de las SS.CC.

**C. Vera:** y los ciudadanos, que ya lo hemos dicho varias veces. Bueno, tenemos que finalizar el debate, voy a resumir algunos de los asuntos sobre los que ha existido acuerdo para poderlos extraer como conclusiones:

1. El universo de intereses de las SS.CC. es el universo de intereses de la gestión sanitaria y viceversa.
2. La sostenibilidad del sistema sanitario es el punto donde confluyen los intereses entre las SS.CC. y la gestión sanitaria.

3. Las SS.CC. creen que su opinión debe ser tomada en consideración para marcar y definir políticas o estrategias de intervención en materia sanitaria.
4. Las SS.CC. están dispuestas a corresponsabilizarse con los gestores políticos en la gestión de los recursos y en la priorización de las actuaciones si se ha contado con ellas en la definición de las estrategias de actuación.
5. Los principales elementos de conflicto están en la incorporación de nuevas técnicas a la práctica asistencial, en la formación continuada de los médicos que está sin asumir por la Administración y en el desarrollo de la carrera profesional.
6. Es necesario concienciar a los ciudadanos de que los recursos son limitados y encontrar fórmulas para corresponsabilizarlos en la priorización de las actuaciones.

# Accesibilidad en los hospitales

Rodríguez J  
Gerente. Clínica Puerta de Hierro.  
gencia.hpth@salud.madrid.org



*Moderador y participantes*

## Participantes:

**Lucila Álvarez del Valle Lavesque.** *Subdirectora de Gestión. Hospital de Getafe.*

**Mar Amate García.** *Directora Gerente de la CNSE.*

**Concepción M.<sup>a</sup> Díaz Robledo.** *Secretaria General de la CNSE.*

**Trinidad Moreno Latorre.** *Coordinadora de Accesibilidad de la CNSE.*

**Ricardo Sanz Fernández.** *Jefe del Servicio de Otorrinolaringología. Hospital de Getafe.*

Moderador: **Jesús Rodríguez Fernández.** *Gerente. Clínica Puerta de Hierro.*



## Introducción

En España, según la encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud (Instituto Nacional de Estadística, 1999), hay en torno a 3,5 millones de personas con alguna discapacidad.

Las personas con discapacidad constituyen un sector de población heterogéneo, pero todas tienen en común que, en mayor o menor medida, precisan de garantías suplementarias para vivir con plenitud de derechos o para participar en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos en la vida económica, social y cultural del país.

El derecho de igualdad y de dignidad de la persona y el deber de la Administración pública y de todos los agentes sociales de conseguirlo de forma real y efectiva constituyen hoy uno de los ejes esenciales en la actuación sobre la discapacidad. Los poderes públicos deben asegurar que las personas con discapacidad puedan disfrutar del conjunto de todos los derechos humanos: civiles, sociales, económicos y culturales.

A pesar de que ya están realizándose grandes esfuerzos, en nuestra sociedad todavía persisten las desigualda-

des. Se han producido también grandes cambios en la manera de entender la "discapacidad" y han puesto en marcha nuevas estrategias y enfoques que eliminan o, por lo menos, suavizan los obstáculos y condiciones limitativas. La propia sociedad, concebida con arreglo al patrón de la persona media, se opone a la plena participación de estos ciudadanos.

Siendo esto así, es preciso diseñar y poner en marcha estrategias de intervención que operen simultáneamente sobre las condiciones personales y sobre las condiciones ambientales<sup>1</sup>.

En esta perspectiva se mueven dos estrategias de intervención relativamente nuevas y que desde orígenes distintos van, sin embargo, convergiendo progresivamente. Se trata de la estrategia de «lucha contra la discriminación» y la de «accesibilidad universal».

La estrategia de lucha contra la discriminación se inscribe en la larga marcha de algunas minorías por lograr la igualdad de trato y por el derecho a la igualdad de oportunidades.

El concepto de accesibilidad, por su parte, está en su origen muy unido al



Jesús Rodríguez Fernández, Lucila Álvarez del Valle y Ricardo Sanz Fernández

movimiento promovido por algunas organizaciones de personas con discapacidad, organismos internacionales y expertos en favor del modelo de «vida independiente», que defiende una participación más activa de estas personas en la comunidad sobre unas bases nuevas:

- Como ciudadanos titulares de derechos, sujetos activos que ejercen el derecho a tomar decisiones sobre su propia existencia y no meros pacientes o beneficiarios de decisiones ajenas.
- Como personas que tienen especiales dificultades para satisfacer unas necesidades que son normales, más que personas especiales con necesidades diferentes al resto de sus conciudadanos.
- Y como ciudadanos que para atender esas necesidades demandan apoyos personales, pero también modificaciones en los entornos que erradiquen aquellos obstáculos que les impiden su plena participación.

El movimiento en favor de una vida independiente demandó en un primer momento entornos más practicables.

Posteriormente, de este concepto de eliminar barreras físicas se pasó a demandar «diseño para todos», y no sólo de los entornos, reivindicando finalmente la «accesibilidad universal» como condición que deben cumplir los entornos, productos y servicios para que sean comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas.

La no-accesibilidad de los entornos, productos y servicios constituye, sin duda, una forma sutil pero muy eficaz de discriminación, de discriminación indirecta en este caso, pues genera una desventaja cierta a las personas con

discapacidad en relación con aquellas que no lo son, al igual que ocurre cuando una norma, criterio o práctica trata menos favorablemente a una persona con discapacidad que a otra que no lo es. Convergen así las corrientes de accesibilidad y de no-discriminación.

Una vez establecidos los principios, damos paso al debate de expertos, centrado en la accesibilidad del entorno sanitario, más concretamente del entorno sanitario público y, dentro de las personas discapacitadas, las personas sordas.

### Algunas definiciones<sup>1</sup>

a) *Vida independiente*: la situación en la que la persona con discapacidad ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad, conforme al derecho al libre desarrollo de la personalidad.

b) *Normalización*: el principio en virtud del cual las personas con discapacidad deben poder llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona.

c) *Accesibilidad universal*: la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad y de la forma más autónoma y natural posible. Presupone la estrategia de «diseño para todos» y se entiende sin perjuicio de los ajustes razonables que deban adoptarse.

d) *Diseño para todos*: la actividad por la que se concibe o proyecta, desde el origen, y siempre que ello sea posi-

ble, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de tal forma que puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor extensión posible.

e) *Diálogo civil*: el principio en virtud del cual las organizaciones representativas de personas con discapacidad y de sus familias participan, en los términos que establecen las leyes y demás disposiciones normativas, en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas oficiales que se desarrollan en la esfera de las personas con discapacidad.

f) *Transversalidad de las políticas en materia de discapacidad*, el principio en virtud del cual las actuaciones que desarrollan las Administraciones públicas no se limitan únicamente a planes, programas y acciones específicos, pensados exclusivamente para estas personas, sino que comprenden las políticas y líneas de acción de carácter general en cualesquiera de los ámbitos de actuación pública, en donde se tendrán en cuenta las necesidades y demandas de las personas con discapacidad.

g) *Medidas de acción positiva*<sup>2</sup>. Se consideran medidas de acción positiva aquellos apoyos de carácter especifi-

co destinados a prevenir o compensar las desventajas o especiales dificultades que tienen las personas con discapacidad en la incorporación y participación plena en los ámbitos de la vida política, económica, cultural y social, atendiendo a los diferentes tipos y grados de discapacidad.

Definición de *bilingüismo* para personas sordas: *se refiere al uso y/o competencia lingüística en dos lenguas sintáctica y gramaticalmente diferentes: una viso-gestual, la lengua de signos, y una auditivo-vocal, la lengua oral.*

### **¿Están nuestros hospitales preparados para facilitar la atención a pacientes sordos cuando acuden a ellos? ¿Cuáles son los problemas y barreras más importantes que tiene este colectivo cuando acuden al hospital?**

**Concepción M.<sup>a</sup> Díaz (CD)**: antes que nada creo que es necesario aclarar que el colectivo de personas sordas es muy heterogéneo. Esta heterogeneidad viene dada por diferentes factores tales como el tipo de pérdida auditiva, encontrándonos a personas sordas de nacimiento o personas a quienes les ha sucedido la sordera con posterioridad, personas sordas profundas, con restos auditivos, etcétera; la lengua en que suelen comunicarse, habiendo personas sordas cuyo principal medio de comunicación y siendo éste en el que con mayor facilidad se manejan, es la lengua de signos, mientras que para otras será la lengua oral; el uso o no de ayudas técnicas como los implantes cocleares o las prótesis auditivas, el ambiente familiar, etcétera.

Y a pesar de esta variabilidad, creo que el problema más importante que puede encontrar una persona sorda, y en el que todas coinciden, es el de las barreras de comunicación.



Mar Amate García

(La explicación sobre lo que es la lengua de signos y el bilingüismo estuvo motivada por el interés de varias de las personas presentes sobre este tema: qué es la lengua de signos, el carácter universal de ésta, el bilingüismo...)

En contra de lo que comúnmente se cree, la lengua de signos no es de carácter universal. Al igual que ocurre con las lenguas orales, cada país tiene su propia lengua de signos. En España hay dos: la lengua de signos española (LSE) y la lengua de signos catalana (LSC). Tampoco son una mera representación de las lenguas orales, pues poseen características propias.

La Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE) lleva mucho tiempo trabajando para conseguir incluir la LSE en el sistema educativo a través de una metodología bilingüe. Con esta opción lo que se pretende es que las personas sordas sean competentes en lengua de signos española y lengua castellana, pudiendo acceder al currículo educativo en las mismas condiciones que los demás y evitar así las consecuencias de una educación puramente oral, centrada principalmente en la rehabilitación del habla y no en la educación integral del individuo: bajos niveles de comprensión y expresión escrita así como pobres resultados académicos.

**Mar Amate (MA):** a pesar de su diversidad todos tienen una característica común: su principal vía de acceso a la obtención de información es la visual. Todo aquello que utiliza la vía auditiva supone una barrera importante para este colectivo.

Estamos muy acostumbrados a hablar y ver las barreras arquitectónicas (poner una rampa, ampliar luces en los accesos), pero no a detectar lo que suponen barreras en el acceso a la comunicación. Todo lo que permita el acceso a la infor-

mación a través de canales visuales facilita el acceso sea de quien sea.

**Ricardo Sanz (RS):** se establece una diferenciación según la sordera a la que nos refiramos:

Las personas sordas con una pérdida de audición total son las que deben ser receptoras de más atención y medios por parte de la Administración. Para estas personas, actualmente un buen diagnóstico en un niño de corta edad hace que con los implantes cocleares éste llegue a poder comunicarse como una persona sin esta discapacidad.

Luego, un problema diferente es el de las sorderas parciales, en las que lo único necesario es subir el tono de voz y hablar de frente y despacio, con lo que estas personas no tendrían ningún tipo de problema. Para esto habría que educar a nuestro personal y darle indicaciones concretas, con lo que se habría terminado la barrera de comunicación.

Habría que hablar también de prevención. Madrid es la comunidad que está a la cola en el tema de prevención de estas discapacidades.

**CR:** creo que lo que dices sobre el implante coclear es discutible. De todas



J. Rodríguez Fernández

formas, quiero aclarar que el uso o no de un implante coclear no es incompatible con la LSE. Hay personas sordas, de diferentes edades, que son usuarias de audífonos o de implantes cocleares y también se comunican en LSE.

**MA:** los implantes pueden ser una herramienta para facilitar el aprendizaje de la lengua oral. Sin embargo, hoy en día todavía se desconoce cuáles son los efectos de este implante en el plano psicológico y de su desarrollo. Hay países más avanzados en este tema que están retirando algunos implantes a los adolescentes. El implante coclear es un tema para tratar en otra reunión, pues supone un enorme avance pero hay diversas opiniones en los análisis de estos avances.

**¿Cuál es la situación de los hospitales? ¿Es posible comparar los hospitales de nueva construcción con los que son más antiguos?**

**Lucila Álvarez del Valle (LAV):** no es un tema de estructura sino de sensibi-

lización. Hay que ser sensibles ante las limitaciones de las personas discapacitadas.

Una vez tomada la decisión de eliminar estas barreras, hay que procurarse la formación y el asesoramiento adecuados, y esto no está siempre al alcance de los hospitales. Se desconocen las vías de acceso y las personas especialistas en estos temas que pudieran ofrecer el asesoramiento y metodología correctos.

Habitualmente no son temas de elevado coste económico, pero faltan soluciones concretas, ofertas de soluciones a los hospitales que ya tienen esa voluntad de adaptación.

Algunos ejemplos concretos de las medidas tomadas para facilitar la accesibilidad son: señalización, cuartos de baño, cabinas adaptadas, personal de acogida de los hospitales, citas para personas discapacitadas (actualmente no tienen circuitos especiales para ellos). Son problemas concretos con soluciones concretas, sólo es necesario sentarse y hablarlo para solucionarlo.



Lucila Álvarez del Valle y Ricardo Sanz Fernández

**Trinidad Moreno (TM):** además de estos ejemplos de adaptaciones, también hay que implementar circuitos especiales para casos de evacuación. Siempre hay soluciones ya establecidas, evaluadas y que funcionan, pero que no se ponen en marcha por desconocimiento.

MA señala como referencia para todos estos temas el CERMI como estructura que congrega todas las discapacidades, pero efectivamente no hay circuitos de comunicación establecidos. En el caso de abordar la accesibilidad de los hospitales, el CERMI es el que aglutinaría la discapacidad universal.

**RS:** sería importante formar al personal. El personal sanitario debe estar formado en la atención básica a las personas discapacitadas. En muchos casos son medidas muy sencillas pero deben conocerse y enseñar cómo aplicarlas.

**MA:** las personas discapacitadas tienen los mismos derechos que las no discapacitadas. El diseño original de la sociedad no contempla estos diseños especiales, pero es evidente que la adaptación de los hospitales, su accesibilidad, no beneficia solamente a las personas discapacitadas, beneficia a todos. Hablamos de *diseño para todos*.

**TM:** estos aspectos se encuentran regulados en la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal. En esta ley se mencionan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y utilización de los espacios públicos urbanizados y edificaciones. Y se establece el plazo de diciembre de 2005 para la regulación de las medidas a aplicar en los edificios nuevos, así como aquellos ya construidos susceptibles de lo que se denominan "ajustes razonables".

## ¿Cuánto tardaríamos en formar a una persona como interprete para una persona sorda?

**MA:** la máxima formación, que sería la indicada para transmitir la información médica, es un curso de 2.000 horas. Tampoco se puede pedir que todo el personal hospitalario esté formado en lengua de signos, pero sí que el personal hospitalario sepa que hay intérpretes de la Administración Pública a su alcance y que en un momento dado se puede acudir a ellos.

Para otro tipo de situaciones, como solicitar una cita, sería suficiente conocer nociones básicas de lengua de signos, así como tener en cuenta otra serie de pautas de comunicación con personas sordas, como hablar de frente, vocalizando claramente, etcétera.

**CD:** Sería interesante que algunos profesionales del ámbito hospitalario, aquellos que suelen tener mayor contacto con los pacientes, tuvieran nociones básicas de LSE y de cómo comunicarse con las personas sordas que únicamente utilizan la lengua oral. Por otro lado, tal y como se viene haciendo desde hace años, cada persona sorda que así lo desee tiene derecho a contar con la presencia del intérprete de LSE en cualquier consulta.

Yo, por ejemplo, como persona sorda usuaria de LSE, si tengo una consulta médica aquí en Madrid, puedo contactar con el departamento de intérpretes de LSE de la Federación de Personas Sordas de la Comunidad de Madrid (FeSorCam), avisando con dos días de antelación como mínimo. Si se tratara de una urgencia en fin de semana o por la noche, estos profesionales están organizados, por lo que hay gente de guardia.

Por otro lado, habría que empezar a pensar en la posibilidad de que hu-

biese intérpretes de LSE en los hospitales, especializados en este ámbito, que es muy delicado.

**RS:** ¿no sería más sencillo formar en la lengua oral? ¿Por qué no se dirigen los recursos a formar a personas sordas en lengua oral antes que a formar a personas oyentes en lengua de signos? No hablamos de derechos sino de esfuerzos, de conseguir lo antes posible la autonomía de las personas sordas. Hablo de la potenciación de la lectura labial como segunda lengua. Dentro del colectivo en que nos hayamos, de las personas discapacitadas auditivas, quizá sería mejor dirigir los esfuerzos a esta formación, sin dejar por supuesto de completarlo con una mayor sensibilización en el entorno hospitalario enseñando las pautas que hemos comentado antes.

**CD:** Como persona sorda que soy, le puedo decir que la lectura labial es una habilidad que no todos desarrollamos por igual, pues esa mejor o peor habilidad dependerá de muchísimos factores. Pongamos por ejemplo el fútbol, a mucha gente le gusta y otros tantos saben jugar, pero ¿acaso todos tienen la misma habilidad que Ronaldo con el balón?

Aunque no dudo de que haya buenos lectores labiales, muchas veces habrá cosas que se lean y otras que se extraerán del contexto.

Es importante recordar que lo que hay que hacer es ajustar el sistema a las necesidades de las personas sordas y no al revés.

**MA:** el 95% de las personas sordas son analfabetos funcionales. Han dedicado todos sus esfuerzos a aprender la lectura labial y les falta identificar los contenidos de la lengua oral y escrita. No tienen una base de conocimientos a la que referir las palabras de lectura la-

bial. Entienden los labios pero no el significado de lo que dicen.

Los países nórdicos, utilizando otras herramientas de educación, han conseguido unas personas sordas universitarias y muy bien preparadas, que dominan la lengua escrita y oral de su país.

**¿Cómo es el entorno actual de los hospitales? ¿Es satisfactorio? ¿Hay algún edificio que pudiéramos tomar como referencia de un edificio sin barreras?**

**CD:** ejemplo de edificio sería nuestra propia Fundación CNSE, que por nuestra propia necesidad es sensible a todas las discapacidades.

**TM:** en este edificio de la Fundación CNSE se cuenta con las adaptaciones necesarias para todo tipo de discapacidad, ya sea física, psíquica o sensorial. Desde espacios, anchos de puerta, rampas, servicios adaptados, etcétera, a diferenciación de plantas por colores, o sistemas de alarma visuales, videoteléfonos, y puertas totalmente transparentes en el ascensor, entre otras cosas.

**JR:** el hospital de Getafe demuestra una reflexión sobre este tema con la accesibilidad de su hall. Sin duda muestra una sensibilidad hacia la accesibilidad de los pacientes. No es sólo un problema de accesibilidad arquitectónica sino de accesibilidad en todos los niveles.

**LAV:** coincide un curso del SERMAS sobre temas de accesibilidad de los hospitales con la obra ya contratada del hall del hospital, por lo que plantea y aprueba la incorporación de estas medidas al proyecto de reforma.

Son más de 20 medidas pensadas en accesibilidad universal y referidas sobre todo a

- Limitación visual: planos en braille que facilita la ONCE.
- Limitación de movilidad: se realizan encaminamientos con cruces, asientos con apoyabrazos, apoyo de bastones. En ascensores señalización auditiva, pasarelas dentro.

Los planes de accesibilidad se pueden hacer por partes y se deben utilizar cuantas subvenciones y fondos haya y contar con expertos para ello.

Existen subvenciones para empresas privadas, pero no para las públicas. La normativa actual no exige la adopción de estas medidas facilitadoras de la accesibilidad a los hospitales, por lo que no se han tenido en cuenta en la adjudicación de los hospitales de nueva construcción.

### ¿Son las barreras un freno para acudir a un centro sanitario?

**MA:** todas las personas, si lo necesitan, acudirán a un centro sanitario, aunque la información que reciban les resulte incompleta.

El tema sanitario es un tema básico que nadie abandona.

**CD:** pues pudiera ser que si el centro sanitario no fuera accesible en lo que a la comunicación se refiere y no se tratara de una verdadera urgencia, no acudiera al centro de salud.

**RS:** en el caso de discapacidades profundas, siempre van acompañados de un familiar, por lo que desaparecen esas barreras de comunicación. Incluso en el caso más llamativo de los laringectomizados, tenemos no sólo la comunicación visual y el gesto, sino también muchas veces la escrita. En toda mi vida profesional nunca he tenido que acudir a un intérprete de signos.

### Concluyendo: ¿qué influencia tienen las nuevas tecnologías?

**JR:** hay ya muchas cosas hechas, lo que es muy positivo, aunque seguramente a las personas discapacitadas les parecerá que queda mucho por hacer. Si tomamos por ejemplo la señalética, con inversiones razonables se pueden obtener grandes resultados que benefician a todos.

**TM:** a la hora de proyectar cualquier medida de adaptación, una de las cosas más importantes es tener un buen diseño inicial basado en las características técnicas necesarias, mucho sentido común y un adecuado asesoramiento por parte de los propios usuarios y expertos en el tema en cuestión.

**JR:** ¿qué influencia tiene la telefonía móvil, etcétera, en estas personas? ¿Qué situación tenemos?

**TM:** actualmente, contamos con los móviles de tercera generación que, gracias a la tecnología UMTS, permiten la transmisión de imágenes, lo que facilitaría la comunicación en lengua de signos. Pero aún la velocidad no es suficiente y, por tanto, la calidad del mensaje es deficitaria. También existen proyectos de teleasistencia en los que se implementa un sistema de comunicación vía sms a través de móviles para casos de emergencia.

**MA:** hemos conseguido que cualquier persona se pueda comunicar de una forma más fácil. Todos con todos. Hemos añadido nuevas formas y tecnologías para ampliar y facilitar la comunicación dando más libertad comunicativa a las personas sordas. También a través de Internet hemos facilitado el acceso a los intérpretes, ya que no es preciso que estén físicamente cerca de la persona discapacitada, sino que la videoconferencia permite la comunicación gracias a la transmisión de imágenes.



**RS:** yo quisiera hacer hincapié no tanto en la supresión de barreras sino en la prevención de esta discapacidad. En evitar tener niños sordos. Debería haber un programa de formación en los hospitales para el trato con personas discapacitadas para facilitar la accesibilidad.

**LAV:** es fácil llevar a cabo cosas concretas con poco coste cuando se aúnan voluntades e intereses y se resuelven los temas con aportaciones de todos los implicados. Hay que establecer un marco de colaboración y asesoramiento mutuos.

**CD:** me gustaría añadir que para hacer un entorno accesible debemos contar con la opinión de las personas con discapacidad, algo que muchas veces se olvida.

**RS:** no hay acercamientos a las asociaciones de profesionales, en este caso a los otorrinos

**MA:** las sociedades científicas se perciben como un mundo lejano y hermético, aunque seguramente luego no sea así.

**JR:** Creo que es una postura bidireccional. Somos una empresa de servicios, aunque algo atípica y, como tal, la postura debería ser más proactiva por nuestra parte. Aunque esa postura ha existido, se podría mejorar la comunicación con todo tipo de asociacionismo. Es un campo a desarrollar.

#### Datos de interés

- CNSE: Alcalá 160, 1.º F. Tfno: 91 356 58 32 (cnse@cnse.es).
- CERMI: Fernanflor, 8. Tfno: 91 360 16 78 (cermi@cermi.es).
- SIGNALIA: Empresa de servicios de accesibilidad a la comunica-

ción. Islas Aleutianas, 28. Tfno: 91 376 85 60.

- FeSorCam: Florestán Aguilar, 11, bajo-D. Tfno: 91 726 35 62.
- CÓDIGO TECNICO DE LA EDIFICACIÓN: Desarrolla la ley 51/2003. Está en estudio actualmente y será la referencia para normalizar la edificación.

#### Citas bibliográficas

1. Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
2. Art. 8 Ley 51/2003.
3. Moreno Rodríguez A. La comunidad sorda. Madrid: CNSE; 2000.
4. Moriyón C (coord.). La negación en la lengua de signos española. Investigaciones sobre la lengua de signos española y la comunidad sorda. Madrid: Fundación CNSE; 2004.
5. Muñoz Baell I. ¿Cómo se articula la lengua de signos española? Madrid: CNSE; 1999.
6. Sacks O. Veo una voz. Viaje al mundo de los sordos. Madrid: Anaya & Mario Muchnik; 1991.
7. VV.AA. Apuntes de lingüística de la lengua de signos española. Madrid: CNSE, 2000.
8. VV.AA. Signolingüística: introducción a la lingüística de la LSE. Valencia: FESORD CV; 2001.
9. VV.AA. Rasgos sociológicos y culturales de las personas sordas. Valencia: FESORD CV; 2001.

## VIII Jornadas Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios 2006



El Comité Organizador de las VIII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, que se celebrarán en Salamanca los días 7, 8 y 9 de junio de 2006, quiere aprovechar este foro de la Fundación Signo para su presentación.

Salamanca, ciudad abierta y universal, acogerá estas VIII Jornadas, con el ánimo de convertirlas en un punto de encuentro para todos aquellos interesados en la gestión sanitaria.

Bajo el lema "Pensando en el paciente: la continuidad asistencial", se retomará el debate y la reflexión que, cada dos años, propician estas Jornadas sobre los temas que preocupan al sector sanitario. El enfoque multidisciplinar que se dará a todas las Ponencias y Talleres enriquecerá, a buen seguro, la discusión.

El sistema sanitario se fundamenta en el mejor servicio a los pacientes. Con esta premisa, la coordinación entre los dos niveles de atención, para garantizar la continuidad asistencial y, de este modo, una mejora de la efectividad, de la calidad de los cuidados y de la satisfacción de los usuarios, en el marco de la gestión clínica por procesos, centrará el debate en las VIII Jornadas.

Hablaremos del impacto sobre los resultados de salud de las nuevas infraestructuras de información y comunicación en las organizaciones sanitarias y de su importancia estratégica. Las innovaciones en fórmulas organizativas de los servicios sanitarios y las nuevas herramientas y técnicas logísticas que se están aplicando y desarrollando serán igualmente objeto de análisis.

Debatiremos sobre temas de actualidad, tales como la situación de salud y la accesibilidad al sistema sanitario de la población inmigrante en nuestro país o las características, retos y reformas de los servicios de salud europeos en el siglo XXI.

Contaremos con la participación de los Consejeros de Sanidad de los diferentes Servicios de Salud de nuestro país, que nos plantearán su visión sobre temas de interés del sector sanitario.

Por todo ello, creemos que el programa científico de las Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios de Salamanca será, como en todas las anteriores, un excelente punto de partida para el debate y el análisis de diversos bloques temáticos.

Si además tenemos en cuenta el ambiente y el marco cultural, histórico y universitario de una ciudad como Salamanca, estamos seguros de contar con una amplia participación de profesionales de todos los ámbitos de la gestión asistencial.

Así pues, os invitamos a participar con vuestra presencia y vuestras aportaciones científicas en estas VIII Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios

**El Comité organizador**

## Remisión de documentos

Se enviará el manuscrito completo –texto e ilustraciones– en soporte papel y una copia en soporte informático especificando el nombre del archivo y el programa utilizado a:

FUNDACION SIGNO. Sor Ángela de la Cruz 24, esc B, 6-J . 28020-Madrid  
Tfno.: 91 579 58 32. Móvil: 629 685 190  
E-mail: secretaria@fundacionsigno.com

La revista Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios dará acuse de recibo de los trabajos remitidos que serán revisados por el Comité de Redacción. La remisión de un artículo a la revista para su valoración implica la cesión de derechos de reproducción a la Fundación Signo.

## Tipos de artículo

- **Originales:** trabajos de Investigación relacionados con la gestión en el ámbito sanitario.
- **Puntos de encuentro:** reunión entre expertos en un tema con la finalidad de establecer conclusiones, líneas de actuación y “productos” que mejoren la gestión sanitaria.
- **Otras colaboraciones:** reseñas, trabajos de opinión o actualidad que, por el interés de su contenido, deban ser publicados.

## Presentación y estructura de los artículos

- **Título:** título completo (en español y en inglés), nombre completo y dos apellidos de los autores, nombre y dirección completa del centro de trabajo (dirección postal, número de teléfono, fax, e-mail).

- **Resumen y palabras clave:** el número de palabras clave oscilará entre tres y cinco.
- **Abstract & key words:** en hoja aparte se escribirán la traducción del resumen y las palabras clave al inglés, incluyendo el título del trabajo.
- **Citas bibliográficas:** las citas bibliográficas se identificarán en el texto mediante números arábigos volados y en orden correlativo. Las comunicaciones personales y los datos no publicados no deberán aparecer en la bibliografía (se pueden citar entre paréntesis en el texto).
- **Tablas:** deberán escribirse a doble espacio en hojas separadas con número arábigo y un título en la parte superior y las notas explicativas al pie. Se admitirá un máximo de seis tablas.
- **Ilustraciones:** bajo este epígrafe se agrupan las fotografías, gráficos y esquemas con una numeración unificada. No contendrán datos repetidos en el texto. La publicación de diapositivas y fotografías será en blanco y negro.

### El boletín de suscripción:

1. Permite recibir todas las revistas y suplementos de la revista que editemos durante el año 2005.
  2. Da acceso al **Club Signo** y a todas las actividades actuales y futuras de la Fundación.
- Puede suscribirse tanto personal como institucionalmente con la garantía de que todos los ingresos obtenidos se dedicarán al apoyo de proyectos y actividades que nos ayuden a mejorar la gestión sanitaria. Una vez más, gracias por su colaboración y confianza.

## suscripción revista *gestión y evaluación de costes sanitarios club signo*

Nombre y apellidos/Nombre entidad:		DNI/CIF:	
Domicilio:		C.P.:	Población:
Provincia:	E-mail:	Telf.:	Fax:
Centro de trabajo:		Prof./Cargo:	

**Sí, deseo recibir la revista y participar en la Fundación Signo (marcar con una cruz donde proceda).**

Suscripción personal: 40 euros/año  
(1 ejemplar de cada revista  
y cada suplemento)

Suscripción institucional:  
190 euros/año  
(Recibirá 5 suscripciones personales)

Precio por ejemplar: 7 euros

### FORMAS DE PAGO

- Transferencia: N.º cuenta Fundación Signo: 0075 1352 15 060 0004061**
- Domiciliación: datos de banco para domiciliación anual:**

Banco:				
Ciudad:				
Datos de c.c.	Entidad	Oficina	D.C.	Cuenta
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Titular:		Ruego que, con cargo a mi cuenta, atienda los recibos presentados por la Fundación Signo.		
		Firma:		

- Tarjeta VISA o similares:**

Titular:		Teléfono de contacto:	
Fecha de caducidad:		Número de tarjeta:	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Autorizo a la Fundación Signo a cobrar la suscripción anual previa comunicación, salvo orden expresa en contrario.		Firma:	

No dude en contactar con nosotros en FUNDACIÓN SIGNO.  
C/ Sor Ángela de la Cruz 24, esc B, 6.º J, 28020 Madrid.

Tel.: 91 579 58 32/629 685 190 • www.fundacionsigno.es • e-mail: secretaria@fundacionsigno.com

